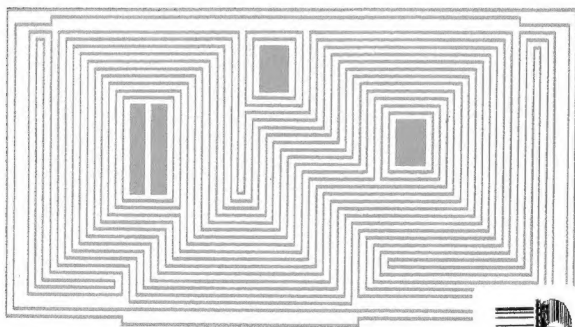


الدكتور محمد أحمد النابلسي

نَحْو سَيِّكُولُوجِيَا عَرَبِيَّة



دار الطليعة - بيروت



نخوسیکولوچیا عربیہ

جميع حقوق الطبع محفوظة
لدار الطليعة للطباعة والنشر
بيروت - لبنان
ص. ب ١٨١٣ - ١١
تلفون ٣١٤٦٥٩
فاكس: ٣٠٩٤٧٠ - ١ - ٩٦١

الطبعة الأولى
تشرين الثاني (نوفمبر) ١٩٩٥

نحو سيكولوجيا عربية

الدكتور محمد أحمد النابلسي
مدير مركز الدراسات النفسية - لبنان

دار الطليعة للطباعة والنشر
بيروت

المقدمة

قد تكون العلوم النفسية موعلة في القدم وقد يكون التراث الإنساني غنياً من الناحية الوصفية. لكن تحول هذه الظواهر الموصوفة إلى علوم هو تحول حديث، إذ اضطر فرويد في بداياته إلى مناقشة هذا التحول في أوائل كتاباته والمعنون به نحو علم نفس علمي.

فصحيح أننا نجد وصفاً دقيقاً لمرض الفصام في النصوص الهندية القديمة، كما هو صحيح أن مصطلح الهستيريا يعود إلى عصر أبقرط، عداً عما يحتويه تراثنا العربي من خطوات تجريبية في الميدان، لكن دخول معاناة النفس الإنسانية في ميدان وضمن مسؤوليات العاملين في علوم الشفاء هو دخول تأخر لغاية منتصف القرن الماضي.

في عالمنا العربي كان دخول هذه العلوم، بثوبها العلمي، دخولاً خجولاً إذ تأخر الإعلان عنه لغاية تضافر جهود وطموحات أستاذين كبيرين هما مصطفى زيور ويوسف مراد. عندها فقط ظهرت إلى حيز الوجود أولى كليات علم النفس في العالم العربي، وكان ذلك في العام ١٩٥٢ وفي جامعة عين شمس. هؤلاء الرواد الأوائل عملوا على إيجاد سيكولوجيا في العالم العربي. ثم حاولوا لاحقاً استخدام مناهج هذه العلوم لدراسة المواضيع الخاصة بمجتمعنا العربي. حتى إذا انتصفت الخمسينات قام الدكتور محمد عثمان نجاني بالمشراكة في الجمعية العالمية لعلم النفس عبر الحضاري، لكن هذه المشاركة توقفت بسبب العدوان الثلاثي على مصر في العام ١٩٥٦.

منذ ذلك الحين ومع اتساع المد القومي توالى الدعوات إلى إرساء سيكولوجيا عربية. إلا أن غالبية هذه الدعوات انطلقت من دراسة الشخصية العربية فانتمت بعمومية ذات طابع فلسفي ينسجم مع امتزاج دراسة الفلسفة بدراسة العلوم النفسية. حتى بدت هذه الدعوات وكأنها إصرار على إخراج هذه العلوم من علميتها المكتسبة حديثاً. بل إنها بدت وكأنها نوع من أنواع الاحتجاج الترجيبي المستند على التكوّن إلى التراثيات والسلفيات أكثر منها دعوات إلى سيكولوجيا علمية عربية. فالمدقق في هذه الدعوات يمكنه ملاحظة اشتراكها في عدد من العثرات المنهجية ومنها:

أولاً - هل يمكن لشخص مهما بلغ حماسه وسعة اطلاعه أن يقوم بمفرده بتحليل شخصية أمة كاملة متكاملة؟ في حين ينتجه الباحثون المحدثون إلى اعتقاد مبدأ «مجموعة باليت»، حيث يقوم كل معالج بعرض وجهات نظره ومنهجه في علاج الحالة التي يهتم بها، وحيث يقوم أعضاء المجموعة بتصحيح مسار العلاج الذي يعتمد هذا المعالج؟

ثانياً - هل يمكننا المزج بين المنهج وبين الموضوع في ميدان العلوم الإنسانية وخصوصاً النفسية، في

حين تقوم دراسات عالية عبر حضارية بالعمل على تصنيف المواضيع بحسب الثقافات؟
ثالثاً - هل يمكننا اعتماد المنهج بدون إدخال تعديلات عليه، في حين يصرّ النفسانيون الإنجليز على إعادة تقنين الاختبارات الأميركية قبل تطبيقها في عياداتهم؟

رابعاً - هل يمكن للمدرسة علمية ذات امتداد عبر عربي أن تقوم على جهود أفراد وجماعات من تلامذتهم؟ إن الفرد وتلامذته قد ينجحون في إرساء تيار بحثي في اتجاه معين، لكنهم يفشلون حكماً في التأسيس لمدرسة علمية بالمعنى المقصود بشعار «سيكولوجيا عربية».

خامساً - هل يعقل أن ندرك تمايزنا واختلافنا بمعزل عن الآخر، خصوصاً وأن الذات تتموقع نسبياً معتمدة على الآخر؟ فهل يمكن الكلام عن سيكولوجيا عربية بدون مشاركة عربية في الدراسات والتجارب عبر الحضارية؟

سادساً - هل يمكن للمدرسة علمية أن تقوم على أيدي غير المتخصصين أو أصحاب الاختصاصات الموازية؟

سابعاً - في غياب المؤسسات العربية الجامعة هل يتورط الأفراد في مشاريع هي الصق بالاحتجاج النرجسي منها بالموضوعية العلمية؟

لا أستطيع وزملائي في مركز الدراسات النفسية أن ندعي شرف فكرة الدعوة إلى سيكولوجيا عربية. بل إننا لم نجرؤ على هذه الدعوة. فقد اكتفينا بعنوان «نحو علم نفس عربي» للمؤتمر الأول للمركز (١٩٩٢)، وبمعنوان «مدخل إلى علم نفس عربي» للمؤتمر الثاني للمركز (١٩٩٤). ثم سعينا إلى تجاوز ما استطعنا إدراكه من عثرات الدعوات المطروحة عن طريق توجيه الخطاب إلى الزملاء العرب كافة، متخذين لذلك المنابر الثقافية والفكرية المعروفة في عالمنا العربي. فإذا ما اكتملت لدي سلسلة من هذه الآراء جمعناها في هذا الكتاب الذي أمل مع زملائي في المركز أن يشكل قناة اتصال متخصصة مع الزملاء العرب.

فصول هذا الكتاب سبق لها وأن نشرت في مجلات: ١ - دراسات عربية، ٢ - الثقافة النفسية، ٣ - الدفاع الوطني، ٤ - المعرفة، وغيرها من المجلات العربية. كما أن بعضها كان قد ألقى في مؤتمرات مختلفة منها: ١ - المؤتمر العالمي لحل الصراعات (القاهرة ١٩٩٤)، ٢ - اتحاد الكتاب العرب (١٩٩٣)، ٣ - مؤتمر الكويت لاضطرابات الشدة عقب الصدمة (١٩٩٤)، ٤ - «نحو علم نفس عربي» و«مدخل إلى علم نفس عربي» (١٩٩٢ - ١٩٩٤).

وهكذا، فإن جمل محتويات هذا الكتاب هي أفكار أولية لا يمكنها أن تتشكل في قالب فكري - علمي إلا من خلال توسيع حلقة النقاش حتى تشمل وجهات النظر المختلفة بعيداً عن الأسر العقلي وعن التمرّد النرجسي.

د. محمد أحمد النابلسي
أستاذ في الطب النفسي

الفصل الأول

قضايا أولية ومداخل أساسية

١ - نحو ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس

إن الانتقادات الموجهة للطب النفسي من قبل معاديه هي انتقادات تنسم ببعض الجوانب الموضوعية. وفي هذه الجوانب دون غيرها يلتقي معادو الطب النفسي مع عدد من المفكرين وفي طليعتهم الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو، الذي يجدد هذه الجوانب في كتابه مولد العيادة، كما يلتقي هؤلاء مع عدد من الأطباء النفسيين وعلماء النفس.

وإيضاحاً لهذه الجوانب، التي تشكّل نقاط الضعف في الممارسة النفسية - العيادة المعاصرة، نقول إن التصنيفات المرضية، المعتمدة في العيادة النفسية، هي تصنيفات تستند إلى المظاهر المرضية المتبدية على المريض. وهكذا فإن هذه التصنيفات تحمل إهمالاً شبه تام الطريقة الذاتية، الخاصة بكل مريض على حدة، التي يعايش فيها المريض هذه المظاهر. ولتأخذ مثلاً عارض الهلوسة. إننا نلاحظ بأن كل مريض يهلوس على طريقته الخاصة، بحيث تتدخل عوامل عديدة، مثل الثقافة والتربية والمحيط والدين وغيرها، في تحديد نوعية الهلوسات كما في طريقة تعايش المريض مع هذه الهلوسات. وهذه أمور لا تأخذها تصنيفات الطب النفسي بعين الاعتبار.

على هذا الأساس وُجّهت انتقادات عديدة للطب النفسي وتصنيفاته، وذلك بسبب عدم مراعاتها للظروف الذاتية للمرض. ولكن هذه الانتقادات لا بد لها وأن تصبح أكثر حدة عندما يمتد الإهمال ليطال مجتمعات بأسرها، يصل عدد أفرادها إلى مئات الملايين أحياناً. ذلك أن المعاشية الذاتية إن هي إلا انعكاس لمعاشية المحيط للمرض والمريض. وبالتالي فإن إهمال هذه المعاشية إنما يستتبع معه إلغاء المحيط واللاوعي الجماعي وإجبار المريض والمحيط على التسليم بأسلوب ميكانيكي لمعاشية المرض. هذا الأسلوب الذي لا يراعي عوامل اللاوعي الجماعي، مثل الدين والتقاليد والأعراف... الخ، بحيث نرى أن العديد من أفراد هذه المجتمعات يرفضون الطب والعلاج النفسي رفضاً دفاعياً يهدف إلى الاحتفاظ بهويتهم الذاتية وحقهم بالمعاشية الذاتية.

بإدء ذي بدء نود التأكيد على معارضتنا لمبادئ معاداة الطب النفسي Antipsychiatrie ورفضنا لجميع محاولات تسييس العلوم وعلى الأخص الطبية منها. ونحن إذ نعرض لهذا الموضوع فإنما

يقنصر عرضنا على شرح وجهة نظرنا حول ضرورة قيام المدرسة العربية للطلب النفسي ولعلم النفس، وهذه الدعوة، التي تبعد كل البعد عن مظاهر التمرد الترجسي، إنما تهدف إلى إرساء التصنيفات والقواعد النفسية التي تراعي خصائص الإنسان العربي سواء في صحته أو في مرضه.

مبررات الدعوة إلى قيام المدرسة العربية:

لا بد لنا من عرض بعض المبررات والأسباب الموضوعية التي تدعم الشعور بضرورة قيام المدرسة النفسية - العربية. وفيما يلي نسردها من هذه المبررات، دون أن يعني ذلك أن ما نعرضه يمثل كل المبررات. بل إن هذا العرض يمثل خلاصة تجربتنا التي تنوق إلى جمعها ودعمها بتجارب الاختصاصيين العرب في هذا المجال. ونبدأ بـ:

١ - تعريف الشخصية المرضية والتفريق بينها وبين الشخصية السوية:

إن أية محاولة لتعريف الشخصية لا بد لها وأن تصطدم بالعديد من الصعوبات سواء من حيث صعوبة تعميم هذا التعريف أو من حيث صعوبة تكوين عناصر هذا التعريف. وهذا التعريف، أو محاولة التعريف، للشخصية الإنسانية ليس قسراً على العاملين في مجال علم النفس وإنما يتعدى الاهتمام به علم النفس إلى العديد من العلوم الأخرى. فها هو غوته يعتبر: «أن المعرفة العلمية للنفس الإنسانية هي أرقى حدود المعرفة الإنسانية». وتتراوح المواقف بين تشاؤم نيتشه وبين أكسيولوجية فرويد وبروتاغوراس. إذ يعتبر نيتشه بأن الإنسان هو حيوان لن نصل يوماً إلى معرفته وتعريفه، في حين يقول فرويد وبروتاغوراس إن الإنسان هو المقياس في جميع الأعمال. ومن هذه المواقف المختلفة ينبع السؤال: كيف يمكننا قياس ما لا يُقاس؟

والواقع أن جهود العلماء والمفكرين استطاعت أن تتوصل إلى إرساء بعض مبادئ تعريف الشخصية. ولعل أوضح هذه المبادئ هي:

- (أ) أن الشخصية هي تصور كلي متكامل، بمعنى أنها بنية ذاتية خاصة بالشخص.
- (ب) لكل شخصية ديناميته وديناميتها واقتصادها الخاص بها.
- (ج) أن الشخصية تخضع لعوامل المزاج العاطفي في تنظيمها.
- (د) لكل شخصية سلوكها الواعي وخصائصها اللاواعية.
- (هـ) تتألف الشخصية من مجموعة من العناصر المختلفة المنشأ.

وكما هو ملاحظ فإن مبادئ التعريف هذه تبقى على درجة من الغموض. وهكذا فإننا نوجز وباختصار بالغ التعريف المقتضب للشخصية، وهو تعريف تقبله الغالبية العظمى من الأطباء النفسيين، وهو التالي: «إن الشخصية السوية هي تلك الشخصية التي تساعد صاحبها على التكيف مع محيطه الاجتماعي، والتوصل إلى السعادة، دون أن يؤدي ذلك إلى شقاء الشخص أو إلى إشقاء محيطه».

ولكننا إذا ما أخذنا بعين الاعتبار الأزمات الفكرية - الإنسانية، للمتاعمة مع تقدم البشرية، لرأينا أن هذا التعريف يتسم بالكثير من السطحية. ولنا في مجال مناقشة مدى كون المحيط طبيعياً في أجواء الحرب والتنافس الحضاري - العدائي. لذلك فإننا نقصر بحثنا تحديداً على مسألة الاختلافات

الجلدية في التقاليد والأعراف والأديان. ففي هذه الحالة يمكن للطبيب النفسي المتمي إلى مجتمع متطور علمياً وصناعياً أن يضع تشخيصاً من نوع التخلف العقلي، أو اضطراب الشخصية أو حتى الذهان لغالبية أعضاء المجتمعات النامية، وذلك وصولاً إلى الحديث عن الجنون الجماعي أو المجتمعات المجنونة. هذا علماً بأن كل فرد من هؤلاء يكون قادراً تمام القدرة على التكيف مع محيطه والتعاطي معه على أسس سليمة وصحية.

وعلى هذا الأساس فإننا عندما نصنف تصرفات الإنسان الغربي من منطلق التقاليد والأعراف العربية فإننا نجد بأن هذا الإنسان مضطرب سلوكياً وأخلاقياً. والعكس صحيح، فعندما يقيس الغربي الشخص العربي فإنه يجد أيضاً مضطرباً وللاسباب عينها! فمن جهة يحكم العربي باضطراب سلوك الغربي لأنه يتعاطى الحمر ويساهم في التفكك العائلي ويرتكب العديد من الممارسات غير اللائقة. والغربي بدوره يحكم باضطراب سلوك العربي لأنه لا يقوم بمثل هذه الممارسات. بهذه الطريقة البسطة نكون قد أوجزنا نقطة أساسية في الاختلاف الذي يؤكد ضرورة وجود المدرسة العربية للطب النفسي. فنحن إذا ما اعتمدنا المقاييس الغربية لتعريف الشخصية المرضية لخرجنا بنتيجة مفادها أننا كلنا مضطربو الشخصية! لقد آن الأوان لنضع أسس هذه المدرسة الكفيلة بوضع حدٍ للاتهامات الموجهة بشكل جماعي وعام دون ملاحظة الفوارق الاجتماعية والدينية والأثنية. وسنورد لاحقاً العديد من الأمثلة على ذلك.

٢ - اختلافات المدارس القائمة:

إن العيادات الغربية بعيدة عن الصعوبات التي تصادفها العيادة العربية النفسية، وذلك بسبب أن المجتمعات الغربية تملك مدارسها الخاصة، وبالتالي تقنيها لأسس التشخيص وتطوير المبادئ العلمية لحشيات الممارسة. وهكذا فإن مشاكل العيادة العربية إنما تنبع من عدم توافر الأجواء اللازمة لهذه التقنيات ولهذا التطوير. ولكي نوضح هذه الفكرة سنأخذ مثلاً إشكاليات تطبيق مبادئ التحليل النفسي، هذه المبادئ المتمتعة بصفات علمية وخصائص بالغة الفائدة في العيادة النفسية. فزى أن المجتمعات الغربية أدخلت العديد من التعديلات على المبادئ الفرويدية، بحيث تمكنت من تطوير التحليل وجعله صالحاً للتطبيق في عياداتها. فرأينا كارين هورني وهي تعدل التحليل لتركز على أهمية الأمومة ودورها بما يتناسب مع المجتمع المسيحي الممتاز بأموميته وبدور فاعل للمرأة فيه. وذلك يتعارض مع التحليل الفرويدي المنيق من مجتمع يهودي يمتاز بهيمنة الأب والرجل عموماً.

أما في عيادتنا العربية فإن أية محاولة لتعريب التحليل لم تقم بعد. فبعد حوالي القرن على ظهور التحليل النفسي فإن الجهود العربية لم تتعد ترجمة بعض الكتب لفرويد وغيره من مشاهير المحللين. وإذا كنا نخفي هذه الجهود فلا بد لنا من الإشارة إلى أن بعض هذه الترجمات رديء إلى حد بعيد. ومنعاً لأي التباس فإننا نوجه خالص إعجابنا وتقديرنا إلى الأساتذة الكبار من أمثال زيور ونخيمر وعلي... إلخ. ونشكرهم على ترجماتهم الفائقة الدقة. ولكن هذه الترجمات غير كافية لتطبيق التحليل واستغلاله في علاج المرضى العرب.

على أن إشكالية الممارسة النفسية في مجتمعات مختلفة ليست بالجديدة. فقد لفتت نظر العديد من العلماء والباحثين النفسيين، وخاصة بعد ملاحظة العوامل التالية:

- ١ - اختلاف نسب الانتحار من مجتمع لآخر ومن دين لآخر.
- ٢ - اختلاف نسب إدمان الكحول باختلاف الأديان والمجتمعات والظروف الاقتصادية.
- ٣ - اختلاف نسب الإصابة بالأمراض النفسية من بلد لآخر.
- ٤ - تأثير المستوى الحضاري في تحديد نسب الإصابة بالعديد من الأمراض النفسية.
- ٥ - وجود فوارق أكيدة بين احتمالات إصابة أعراق معينة بأمراض نفسية معينة.

بناء على هذه العوامل وكثير غيرها انطلقت دعوات عديدة لمحاولة إيجاد تصنيف دولي للأمراض النفسية، وذلك بهدف توجيه الجهود وتدعيم إمكانيات العلاج النفسي. وعلى الصعيد العالمي نلاحظ وجود تصنيفين أو مدرستين كبيرتين تسعيان وتسابقان في سبيل هذه الأهداف. وهاتان المدرستان هما:

(أ) تصنيف منظمة الصحة العالمية:

في تصنيفها تعتمد منظمة الصحة العالمية مبدأ الربط بين المرض النفسي أو العقلي من جهة وبين الأسباب المؤدية إليه من جهة أخرى. وعلى هذا الأساس فهي تقسم الأمراض النفسية على النحو الآتي:

- ١ - الحالات الذهانية - العضوية: وهي تلك الناشئة عن أعطال الشرايين الدماغية بسبب الشيخوخة أو غيرها. وأيضاً الحالات الناجمة عن التسمم بالكحول أو بالمخدرات أو عن الرضوض الدماغية أو غيرها من الإصابات العضوية.
- الحالات الذهانية الأخرى: وهي تلك الحالات التي لم يتم إيضاح أسبابها بشكل وافي ومنها الفصام، الذهانات الطبقانية، الحالات الهذيانية والذهانات غير العضوية.
- ٣ - الاضطرابات العصبية - اضطرابات الشخصية وأخرى غير ذهانية.
- ٤ - التخلف العقلي.

وبالرغم من الجهود الحثيئة المبذولة لإرساء هذا التصنيف وتطويره فإنه لا يزال عاجزاً عن تحقيق الهدف منه، وهو لعب دور التصنيف المتبع عالمياً. وفي طليعة أسباب هذا العجز جهل الأطباء لآليات حدوث الأمراض النفسية وذلك بسبب جهلهم لكيفية عمل الدماغ وكيفية تأثير الإفرازات الغددية - الهرمونية على الصعيدين العضوي والنسبي.

(ب) تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

على عكس سابقه يعتمد التصنيف الأمريكي مبدأ مراقبة المظاهر المرضية، فيقسم الأمراض النفسية على النحو التالي:

- ١ - اضطرابات الطفولة والمراهقة، وتتراوح بين نقص الانتباه والتخلف العقلي.
- ٢ - الاضطرابات العقلية - العضوية، ويقسم التصنيف الأمريكي هذه الاضطرابات إلى نوعين: الأول ويتكون من الاضطرابات العقلية - العضوية ذات المنشأ المعروف؛ والثاني من الاضطرابات العقلية - العضوية غير ععدة المنشأ. وفي هذا الباب تُصنف الاضطرابات التالية: الإدمان، الفصام، العظام، الاضطرابات الوجدانية، حالات القلق، الاضطرابات النفسية المنعكسة على الصعيد

الجسدي، الاضطرابات المصطنعة، اضطرابات التكيف، اضطرابات الشخصية... الخ .
وكما رأينا فإن هذا التصنيف لا يخصص أبواباً منفردة للأعصاب، وإنما يدرجها في أبوابه المختلفة تبعاً للمظاهر النفسية المرافقة لها.

وهذا التشخيص وإن كان ظاهرياً إلا أنه يتسم بالعملية ويقابليته للتطبيق الديادي . ولهذا الأسباب فإننا نرى غالبية الأطباء النفسيين في العالم (٦٠٪ منهم) يتبعون هذا التصنيف، خاصة وأن إدراج حالة مرضية ما في هذا التشخيص يعتمد على مبدأ الأخذ بعين الاعتبار للعديد من العوامل الذاتية للمريض . فالتشخيص الأميركي للحالات النفسية يعتمد على المحاور الآتية :

- المحور الأول: التشخيص الطبي - العقلي بمعنى الكلمة .

- المحور الثاني: تحديد غط الشخصية واضطراباتها . وأيضاً تحديد اضطرابات النمو لدى الطفل .

- المحور الثالث: تشخيص الأمراض غير النفسية (الجسدية المصاحبة للاضطراب) .

- المحور الرابع: تقييم دور الصدمات والعوامل النفسية في نشوء الحالة .

- المحور الخامس: تقييم مستوى قدرة المريض على التكيف الاجتماعي . وتحديد أعلى مستوى للتكيف تمكن المريض من بلوغه في العام السابق لظهور الاضطراب .

بعد هذا العرض المختضب نلاحظ الاختلافات الأساسية، في المنطلقات والنظريات والتطبيقات، بين كبريات المدارس النفسية العالمية . وهذا الوضع ينعكس سلباً على المريض العربي، انعكاساً يطرح معه عدة إشكاليات أهمها :

١ - أية مدرسة أو تصنيف نستخدم؟

٢ - يتوزع الأطباء العرب على هذه المدارس كافةً وينسب متقاربة . وفي غياب وجود التصنيف العربي ألا يكون مريضنا عرضة لتعدد التشخيصات واختلافاتها؟

٣ - لدى تشخيصنا لاضطرابات الشخصية، هل نستطيع اعتماد عناصر تشخيص أية مدرسة من هذه المدارس؟

٤ - هل يؤدي اتباع الأساليب الغربية في التشخيص والعلاج إلى بعض المواقف التي تتعارض أحياناً مع أعرافنا الاجتماعية؟

٥ - هل يؤدي التعارض المشار إليه أعلاه إلى إحداث مواقف شبه جماعية تتعارض بمبادئ الطب والعلاج النفسيين؟

٦ - هل يساهم هذا الوضع في دفع المريض العربي نحو العلاجات غير الأكيدة وأحياناً نحو المشعوذين؟

إن الجواب على هذه الأسئلة وكثير غيرها إنما يقتضي قيام المدرسة العربية النفسية التي تراعي في تصنيفها الظروف الاجتماعية والعرقية والدينية والتي تراعي في أساليبها العلاجية مبادئ اللاوعي الجماعي العربي .

٣ - العرب ومعاداة علم النفس:

قد يقول قائل إن العيادين العرب ينجحون عادة في علاج الحالات المعروضة عليهم، وذلك عن طريق اتباعهم للأساليب والمدارس الغربية، وإن نسبة نجاحهم في ذلك توازي النسبة التي يحققها الأطباء الغربيون. وبالتالي فإن الحل لا يكمن في إنشاء المدرسة العربية وإنما يكمن في تثقيف المواطن ودفعه للتوجه نحو العلاج.

من طرفنا فإننا لا ننكر موضوعية هذا الطرح وأهميته بل وفاعليته، وذلك لدرجة الاقتناع التام بضرورة تحقيق هذه الخطوة والمساهمة في ذلك. ولكننا نسأل هؤلاء: هل يشكل طرحهم هذا حلاً جذرياً للأزمات المعروضة أعلاه؟

إن الجواب الموضوعي على هذا التساؤل هو لا بالتأكيد. ونحن إذ نؤجل عرض الأدلة والبراهين العيادية الدافعة إلى فقرة فإننا نذكر بأن العرب كانوا من أوائل الأمم التي أرست مبادئ علم النفس والطب النفسي. فمن علم الفراسة إلى علم الاجتماع إلى العلوم الطبية عمل العرب وأرسوا مبادئه لا تزال متبعة لغاية يومنا الحاضر. ولتأخذ مثلاً تجربة ابن سينا عندما ربط حلاً وذباً الواحد منها بقرب الآخر لكن دون أن يستطيع أحدهما ملامسة الآخر، فكانت النتيجة موت الحمل بسبب الإرهاق النفسي. ألا تعتبر هذه التجربة بمثابة الأسس النظرية لما يسمى اليوم بالبيكوسوماتيك؟

وهكذا فإننا لا نستطيع اتهام العربي باللبل الفطري إلى معاداة العلاج النفسي المعتمد على الطرق العلمية والتجريبية. وعليه فإن هذه المعاداة إنما هي وليدة إحساس العربي بأن هذه العلاجات إنما تستند إلى نظريات وأسس لا تحترم تقاليده وأعرافه. ولذلك فإنه ميال دوماً إلى الحرب أو الهروب منها. ومن هنا نلاحظ بأن مريضنا غالباً ما يصل إلى العيادة النفسية بعد استنفاده لوسائل العلاج الأخرى كافة وبعد استنفاد عائلته لقدرتها على الصبر وعلى تحمل اضطرابه. وهكذا فإن عدائية العرب للطب النفسي ولعلم النفس إجمالاً إنما تنبع من إحساسهم العميق بأن هذه العلوم إن هي إلا مشاريع غريبة قد تكون نافعة لهم ولكنها تتزعزع منهم هويتهم الذاتية، ومن هنا واجب معاداتها وبالتالي عدم التوجه نحو العلاج.

فالحل إذاً لا يكمن في التثقيف وحسب، وإن كان هذا التثقيف خطوة أساسية على الدرب.

٤ - طريقة العرب في معاداة علم النفس:

إن وصف الممارسات العربية في العلاج النفسي بالبدائية أو بالمتخلفة لا يستطيع أن ينزع عن هذه الممارسات فعاليتها العلاجية. فهذه الطرق إنما تتبع مبدأ الإيحاء Suggestion، وهو المبدأ الذي تتبعه العديد من المدارس العلاجية الحديثة. ولذلك يجب ألا نفاجأ عندما نرى نجاح هذه الممارسات في علاج الحالات الناجمة عن الصراعات التكيفية. ومن المهم الإشارة في هذا المجال إلى الإقبال الغربي الحديث على دراسة العلاجات المسماة بالبدائية، وذلك بدءاً بالعلاج عن طريق الأعشاب، وصولاً إلى العلاج بالموسيقى والتأمل والصوفية... إلخ.

وإذا كان من السهل على الباحث الغربي علماً الهزء بهذه الممارسات ووصفها بالمتخلفة، فإننا لا بد وأن ننظر إليها نظرة أكثر موضوعية عثرمين إسكانياتها في تحقيق شفاء بعض الحالات. وهذه النظرة

الموضوعية تتلخص بأن نقف من هذه الممارسات موقف التقييم العلمي - الموضوعي، فإذا ما ثبتت نتائجها وجب علينا العمل على تشجيعها وتوجيهها وتطويرها. وباختصار فإن علينا إما تطوير هذه الممارسات في حال ثبات فاعليتها أو إلغائها في حال عدم ثبات هذه الفعالية. وعلى أية حال فإن بقاء هذه الممارسات العلاجية في شكلها الحالي هو أمر مفروض لأنه يتسبب في العديد من المشاكل والأخطار، وفي مقدمتها تأخير علاج المرضى الذهانيين. فمن الثابت علمياً أن الطرق الإيجائية عامة غير فاعلة في علاج الذهانات. كما أنه من الثابت أيضاً أن مستقبل الذهانيين يكون أفضل كلما تم علاجهم بطريقة أسرع وأفضل.

وبما أننا نتوخى الإيجاز فإننا، ومنعاً لاحتالات اللبس، نؤجل مناقشة تفاصيل هذا الموضوع إلى فصل لاحق.

٥ - الأخطار والخسائر الناجمة عن غياب المدرسة العربية :

إن عدم بروز هذه الأخطار لا يعني مطلقاً ندرتها. فالخسائر الناجمة عن غياب هذه المدرسة هي أكثر من أن تحصى. فهي تصل إلى حد تمتد معه إلى ميادين متشعبة تصعب علينا مناقشتها لأنها خارجة عن الإطار النفسي البحت. وفيما يلي نعرض لما يسمح به المجال من أهم أخطار غياب هذه المدرسة ونبدأ به:

(أ) الترجمات الضارة :

إن غياب المدرسة العربية يستتبع معه غياب تحديد الحاجات الفعلية للترجمات اللازمة في المجال النفسي. وهذا الوضع ينعكس سلباً على صعيد الثقافة النفسية كما على صعيد أخطاء العلاج الذاتي الذي لا يفتأ ينتشر في شتى المجتمعات. وعن هذه الأوضاع تنجم مشاكل عديدة يمكن تلخيصها على النحو التالي:

١ - وجود عدة ترجمات رديئة للكتاب نفسه، السهل التسويق، مع غياب ترجمات بعض أهم الكتب والمراجع النفسية، مما يؤدي إلى إرباك القارئ العربي وتشويش معلوماته وحرمان المكتبة العربية من عدد من المراجع الأساسية.

٢ - إن رداءة الترجمات إنما تتبع من واقع أن مترجميها ليسوا بالاختصاصيين. وذلك إضافة إلى غياب مبدأ مراجعة هذه الترجمات. والهدف من ذلك هو التقليل من كلفة الكتاب حتى يتمكن من المنافسة.

٣ - اختلاف التعبيرات والمصطلحات العلمية من بلد لآخر ومن مترجم لآخر. فممن من يستخدم مثلاً كلمة اللاشعور وآخرون اللاوعي وغيرها من المرادفات التي من شأنها تشويش فهم القارئ للنصوص.

٤ - عدم وجود المراكز الثقافية - النفسية التي من شأنها أن تقوم جودة الترجمات وأن تعلم القارئ بوجود هذه الترجمات. ومثل هذه الإشكالية ممكنة الحل عن طريق تشجيع دور النشر العربية للرقمي بنوعية وتقنية ترجماتها، وذلك عن طريق تشجيع الترجمات الجيدة وعارضة تلك الرديئة.

هـ - إن هنالك في أركان المكتبة العربية عدداً من الكتب التي يطلق عليها زوراً صفات مثل: الترجمة بتصرف، الإعداد، التعريب وحتى التأليف. في حين أن هذه الكتب لا تمثل أكثر من ترجمات رديئة وضارة.

(ب) ترجمة ما لا يترجم:

من المسلم به وجود بعض الفقرات والتعابير التي لا تمكن ترجمتها. ولناخذ مثلاً ما ذكر فرويد باللغة الألمانية عن التقارب والترابط الفكري بين كلمتي Urmensch و Uhrmensch، والأولى تعني الجد في حين تعني الثانية الرجل الساعة مما جعل الساعة مرتبطة بالأب في لاوعي المريض. إن ترجمة هذا الموقف على النحو الوارد أعلاه تفضي إلى فهم القارئ لروح النص ولكن دون إحساسه بنغمة وإيقاع الكلمتين. وإذا كان بمستطاعنا تخطي بعض هذه الصعوبات إذا ما تعلق الأمر بموقف محدد فإننا لا نستطيع تخطي صعوبة علوم ترتكز أساساً على مثل هذه المواقف. ولناخذ مثلاً علم النفس اللساني Psycholinguistique. فترجمة مثل هذا الفرع لا تتم لا بالتعريب لا بالتصرف إذ إنها تقتضي التجربة ووضع الأسس العملية للملازمة والتوافق مع اللغة العربية. وهذا لا يعني رفضنا للمطلقات النظرية لهذه المدرسة وإنما يعني قناعتنا التامة باستحالة تطبيق التجارب والمقاييس الغربية على اللغة العربية. وذلك لسبب بسيط وواضح هو الاختلاف الأساسي بين هذه اللغات. وهنا نحضرن إشارة خاصة متعلقة باللغة العربية. وقد دون هذه الملاحظة الإمام علي بن أبي طالب إذ أشار إلى أن كثرة استعمال الكلمات المحتوية على حرف الضاد من شأنه أن يعجل في غضب المتحدث والمستمع معاً. ونحن لا نريد أن نبالغ بالقول إننا كنا أسبق إلى اللسانية ولكننا نقول بأننا دائماً عرفنا لفتنا بشكل أفضل كثيراً من استعمال الأمثلة الغربية لشرحها. ومن هنا فإننا نقول إن الترجمات العربية حول موضوع اللسانية ومنفعتها إما هي مضية للوقت وللجهود والإمكانات المحدودة المتوفرة. ففي رأينا الشخصي، إن الترجمات في مثل هذه المواضيع يجب أن تقتصر على شرح المنطلقات النظرية لهذه المدارس. على أن يتم هذا الشرح من خلال مؤلفات اختصاصيين عرب تمكنوا من هذه المدارس بحيث باتوا يملكون القدرة على إيصالها إلى القارئ العربي من خلال تجاربهم عليها في المجتمع العربي نفسه. وفي هذا المجال نشير إلى مؤلف من فرويد إلى لاكان الذي يشكل خطوة على هذه الطريق.

(ج) أخطاء التربية:

وثمة خطر أهم وأعظم تتمثل بنقل أساليب التربية الغربية وتطبيقها على الطفل العربي، حتى دون الأخذ بعين الاعتبار أن هذه النظريات إنما وضعت كي تهيئ الطفل الغربي كي يتكيف مع مجتمعه عندما يكبر. فأيّة أخطار نعرض لها طفلنا العربي عندما نبهته تهيئة غربية ثم نطلب منه مواجهة المجتمع العربي المختلف كلياً عن باقي المجتمعات! إن علائم هذه الأخطار بدأت ومنذ فترة تتبدى واضحة في مجتمعاتنا. خاصة وأن الأساليب الغربية نفسها تتغير بصورة دائمة في محاولات دأبة لتطويرها. وغالباً ما نقل أساليب لم يعد الغربيون يتبعونها.

في سلسلة «علم نفس الطفل» التي نشرناها، أشرنا إلى العديد من خصائص الطفل العربي وضرورة إخضاع تربيته لتعديلات كثيرة بالمقارنة مع المبادئ الغربية، وذلك ليس فقط من حيث التربية ولكن أيضاً من حيث التعلم والسلوك الاجتماعي والفكري. وفيما يلي نعرض وباختصار شديد مثالين:

١ - تعلّم اللغة: لكل لغة خصائصها وقواعدها الخاصة. بل إن لكل لهجة من لهجات اللغة خصائص تنفرد بها عن سائر اللهجات. وهذه الخصائص مؤثرة دون أدنى شك في سرعة اكتساب الطفل للغة وفي تعلمه إجمالاً. ومن الخطأ الفاحش اعتقاد مبادئ تعليم لغة أجنبية بهدف تعليم اللغة العربية. ذلك أن الأبحاث أثبتت أن لكل لغة نغميتها وإيقاعاتها الموسيقية وألفاظها الخاصة. فأي خطأ نرتكب عندما نطبق مبادئ تعلّم اللغات الأجنبية على طفلنا العربي^(١)!

٢ - الأساليب العامة للتربية: هنالك فارق أساسي بين المجتمع العربي والمجتمعات الغربية. ونظراً للأهمية الفائقة لهذا الفارق فيما يتعلق بالتربية فإننا نشدد على ضرورة مراعاته. فالمجتمع العربي هو مجتمع أبوي (بمعنى أن السلطة فيه للرجل) بينما تتميز المجتمعات الغربية بكونها أمومية. قبل مناقشة هذا الاختلاف فلننظر معاً إلى النتائج التربوية الغربية. إن التربويين في الغرب باتوا مهتمين بتحرير الأهل من عقد الذنب تجاه أطفالهم، ذلك أن أساليب التربية الغربية التي اقترحت في العقدين الماضيين جعلت الأهل أسرى لأطفالهم. لدرجة بات معها ممكناً مناقشة مسألة وتسلط الأولاد على الأهل. ونظراً لفتاعتهم بأن مثل هذا الوضع ليس طبيعياً، ونظراً للأثار المترتبة عليه (الإدمان، الحمل دون زواج... إلخ) فإن التربويين الغربيين يعملون اليوم جامهدين لإصلاح أساليبهم الحديثة في التربية!! فهل يحق لنا أن نستمر في اتباع هذه الأساليب بعد أن نحل عنها أصحابها؟ ثم أليس من واجبنا أن ندقق في أي أسلوب تربوي يطرح علينا وأن نتحقق من كونه مناسباً لطبيعة مجتمعتنا وذلك قبل تطبيقه؟

(د) التبعية للمدارس الغربية:

إن أبسط نتائج غياب المدرسة العربية هي تبعية الاختصاصيين العرب للمدارس الغربية، والعمل على تطبيق المبادئ العلاجية لهذه المدارس. وهذه الوضعية تخلق سلسلة من المشاكل المتعددة الوجوه والباعثة على العديد من الصعوبات ومن بينها تعثر إمكانية الشفاء. وإذا ما أردنا تلخيص هذه الصعوبات فإننا نعد ما يلي:

١ - إن المريض العربي عامة لا يملك درجة كافية من الثقافة النفسية. وهذا المريض عندما يُشخص ويُعالج بطرق مختلفة فإنه يفقد ثقته بالعلاج ومعها يفقد آماله بالشفاء. فإذا ما أضفنا إلى هذا الوضع رجسية العائلة العربية وشعورها بالإهانة بسبب مرض أحد أعضائها فإن الأمور تتعقد أكثر من المقبول، خاصة عندما تضاف الأسباب التي مسترحها أدناه.

٢ - إن غالبية المعالجين العرب يستندون في علاجهم على مبادئ المدرسة التي انتموا إليها أثناء دراستهم. وهكذا فإنهم لا يعملون فقط تكييف هذه المبادئ مع الواقع العربي، ولكنهم يعملون أيضاً إمكانيات بقية المدارس. ونحن لا نلوم هؤلاء لأن فعلهم هذا إنما يعكس موضوعية تعاملهم مع الواقع المتمثل بغياب الدراسات الجاثية وإمكانيات البحث العلمي إضافة إلى مسؤولياتهم أمام أعداد من المرضى تحتاج إلى أضعاف أعداد هؤلاء المعالجين. أمام هذا الواقع يميل المعالج العربي إلى التعصب لمدرسته وتطبيق مبادئها بشكل حرفي.

٣ - واحد من أهم انعكاسات غياب المدرسة العربية يتمثل في ما يمكننا تسميته بفوضوية العلاج

(١) انظر كتاب ذكاء الطفل قبل المدرسي - سلسلة علم نفس الطفل - بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

النفسى. إذ تغيب في معظم الدول العربية القوانين التي تنظم مهنة العلاج النفسى. والزاماً منا بموضوعية الطرح فإننا نطعي الأمثلة من المجتمع اللبناني، حيث تصادف، خاصة في غياب القانون، شموذة تستر بالعلمية. فهناك من يعالج الفصام علاجاً نفسياً بحثاً عن ربحاً على المريض استعمال أي نوع من أنواع العقاقير. وهنا نسأل: في هذه الأوضاع من يكون مسؤولاً عن احتمالات انتحار الفصامي واحتمالات إيذائه لذاته وللآخرين؟ خاصة وأن هذه الاحتمالات غير قابلة للإهمال في حالات الفصام. كما نسأل: عندما يصل الفصامي إلى درجة الوعي التي تحوله فهم المعالج، وتسهل اتصاله به، ألا يصبح هذا العلاج خطراً على المريض في غياب الرقابة الطبية؟ فهذا الوضع يفسخ وعي المريض لمرضه ولوقف المجتمع منه مما يدفع بالمريض إلى حالة من الكآبة يمكنه معها أن يقوم بالعديد من الأعمال المؤذية والمعادية للمجتمع. وأخيراً ألا نعتبر نحن معشر الأطباء بأن امتناع الفصامي المفاجيء عن تناول الدواء بمثابة علامة تنبئ ببداية فترة انتكاسية؟ وفي النهاية نقول إن مهنة العلاج النفسى تحتاج ليس فقط إلى مدرسة عربية ولكن أيضاً إلى قوانين تنظمها وتحدد مسؤولية المعالج والصفات العلمية الواجب توفرها فيه.

٤ - وجه آخر من الوجوه السلبية للتبعية، ويتمثل في عدم توازن القدرات المادية والتقنية لمجتمعنا بالمقارنة مع المجتمعات الغربية. فالمرضى العرب غالباً ما يعجز عن إجراء الفحوصات الطبية المتطورة (كوميونز الدماغ، الفحوصات الهرمونية، الأثر الرجعي - البيوفيدباك... إلخ) وذلك إما بسبب عدم وجودها أصلاً أو بسبب ارتفاع كلفتها. هذا بالإضافة إلى ما هو معلوم عن نقص بعض أنواع العقاقير وبخاصة الجديدة منها. وأخيراً وليس آخراً نقص عدد الاختصاصيين وعدد الأسرة المخصصة هؤلاء المرضى. وهكذا يجد للمعالجون العرب أنفسهم أمام وضع جديد خلاصته عدم قدرتهم على تطبيق ما تعلموه، بحيث يضطر كل منهم إلى إدخال بعض التعديلات على المبادئ التي تعلمها. والواقع أن الدعوة إلى قيام المدرسة العربية ليست إلا دعوة للحوار بين هؤلاء الاختصاصيين وصولاً إلى تحديد الأساليب الأفضل للتكيف مع هذه الوقائع.

وأخيراً نقول إن المبررات التي عرضناها هي قليل من كثير. ونأمل أن تلقى دعوتنا هذه أذاناً صاغية لدى الاختصاصيين العرب. كما نأمل أن تكون المبررات التي عرضناها مقنعة بما فيه الكفاية كي نتنبه إلى الأخطاء والأخطار المروضة أعلاه.

وفي النهاية فإننا ندعو الاختصاصيين العرب إلى مناقشة هذا الموضوع لتبادل الأفكار بهذا الشأن، وبشأن الآراء والتجارب المتعلقة بهذا الموضوع، وبموضوع خبرة المعالجين العرب والظروف الخاصة بتعاطيهم هذه المهنة في المجتمع العربي.

٢ - مدخل إلى علم نفس عربي

إن الاهتمام بالتراث الإنساني هو شرط رئيس لتقدم البشرية. هذا التقدم الذي حدث نتيجة لتطور الذكاء البشري بشكل أتاح للإنسان أن يتعامل بصورة فكرية مع الطبيعة المحيطة به. ومرت البشرية بالعصور المتمدنة (عندما توصل الإنسان إلى اكتشاف المعلن واستخدامها) بعد العصر

الحجري. وكان عصر الأورانيوم وعائلته آخر هذه العصور. ولكن هذا التقسيم المعدني لمصور البشرية ليس بالتقسيم الموضوعي أو الشمولي. فالتقسيم الأكثر علمية هو التقسيم الأنثروبولوجي الذي يدرس مراحل تطور العقل البشري. هذه المراحل المترابطة ترابطاً عضوياً بحيث يستحيل فصلها بسبب تداخلها العميق فيما بينها. ونحن إذ نصر على هذا التقسيم فذلك لقناعتنا أن العقل البشري هو أذكى من كل الآلات التي اخترعها والتي يمكن له أن يفتنرها، وإن كان بعضها يفوق الإنسان في بعض المهارات.

ولقد أدرك أهل الشمال هذه الوقائع فوضعوا نصب أعينهم هدف الوصول إلى إنتاج الإنسان العبقري». وهم يسعون لذلك بطرق وبأبحاث عديدة. فمن تربية الأطفال العباقرة إلى الاهتمام بدراسة العباقرة والظواهر الخارقة وصولاً إلى الأبحاث الأكثر خطورة وهي أبحاث الجينات والحوامض النووية. والواقع أن مفكري الشمال قد بلغوا مستوى من الرقي الإنساني يمكنهم من التنبيه إلى خطر سوء الاستخدام وخطر تحويل هذه الأبحاث من أجل تكريس تفوق أمة ما على حساب الأمم الأخرى. وهذا الخطر هو الشغل الشاغل للعديد من المفكرين الإنسانيين المعاصرين. إلا أن الشك يحيط بمدى فعالية وقدرة هؤلاء على مواجهة وغلبة العنصريين الذين يملكون قوى لا يمكن تجاهلها أو التقليل من قدرها. وهنا يطرح السؤال: أين نحن من هذه الصراعات؟

١ - الأبحاث النفسية العربية:

أمام هذه الوقائع نلاحظ أن أبحاثنا النفسية لا تزال أسيرة خسينيات هذا القرن. فالطفل العربي يعاني من قصور الرعاية والتفديعات الصحية (بما فيها اللقاحات والطعام أحياناً). كما يعاني من قصور الرعاية الاجتماعية والثقافية. لذلك فإننا لا نجرؤ على طرح فكرة تربيته بالوسائل التي يمكنها أن تتطور قدراته الفكرية. أما البالغ العربي فإنه يعاني من انخفاض مستوى لياقته النفسية بسبب مجموعة من العوامل الثقافية والسياسية والاقتصادية. وباحثونا لم يتفقا بعد على اعتماد اختبار موحد لقياس مستوى لياقة الإنسان العربي، علاوة على عدم اتفاقهم على قيام دراسات موسعة في هذا المجال!

ولو نحن التفتنا إلى الدراسات العربية النفسية لرأينا أنها تطرق المواضيع التي لا تلامس واقعنا المعيش. فنحن لا نجد مواقف موحدة (دراسات، اختبارات، مناهج بحث... إلخ) من مواضيع مثل العنف والصلمة وعلم نفس الحروب والكوارث والذات الجماعية واللغة وأدوارها في تشكيل الفكر... إلخ. وجل ما نجده في دراساتها هو مجرد استعراض إحصائي أو أعمال فردية غير قابلة حتى للتعميم الإحصائي. ومن الأبحاث - المقالات تلك التي يحاول فيها شخص ما أن يقوم بتحليل أمة كاملة بترائها ولغتها وشخصيتها وقوميتها وصراعاتها. فهل في هذا ما يقارب للموضوعية أو العقل أم أنه اعتداء عليها وعلى الأمة؟

٢ - علم النفس عبر الحضاري:

كان الدكتور محمد عثمان نجاتي قد أسس جمعية دراسات عبر حضارية ما لبثت أن شهدت نهايتها في العام ١٩٥٦ إثر العدوان الثلاثي على مصر. ومثل هذه الجمعية كانت جديرة بتسنيق وبعقلنة خصوصيات أوضاعنا وذاتنا الجماعية. وفي غيابها وقع علم النفس العربي في مأزق الأسر العقلي

والشرذمة. ولنا هنا وقفة مع العقول الأسيرة، هذه العقول التي تمتاز بالجمود الفكري الذي لا نستطيع اتهام الغرب باصطناعه. فالغربيون يقفون مواقف فائقة المرونة من الآخر ومن خصوصياته حتى ولو كان هذا الآخر هو العالم الثالث أو العالم العربي. فهم عندما يصدّرون إلينا السيارات فإنهم يجرون عليها التعديلات الملائمة لظروفنا البيئية ولحاجتنا. هم يوزعون دليل اللياقات الاجتماعية على السياح الذين يزورون بلادنا. فإذا ما تمت هذه الزيارة فإننا نرى لدى هؤلاء احتراماً، أو على الأقل التزاماً، لهذه اللياقات التي تحفظها العقول الأسيرة! وإذا عُذنا إلى علم النفس سنجد أن باحثاً مثل أومبردان قد غرّ لوحات اختبار تفهم الموضوع حتى تتلاءم مع البيئات الأفريقية والأمريكية اللاتينية، وما ذلك إلا لإدراكه أن الاختبار بشكله الأوروبي غير قابل للتطبيق في البيئات الأخرى. كذلك نرى اهتمام الباحثين الكبار بالفوارق الحضارية وآثارها وانعكاساتها، وصولاً إلى تفرد اختصاص الطب النفسي عبر الحضاري.

في المقابل نرى أن بعض باحثينا من أصحاب العقول الأسيرة يرفضون الاعتراف بهذه الوقائع ويصرّون على نقل المعطيات والنظريات والاختبارات كما هي!! حتى أن بعضهم يرفض استخدام اللغة العربية في حين يتسابق الغربيون إلى ترجمة كتبهم إلى العربية. ولدينا رسائل من كبار الاختصاصيين العاملين يبدون فيها اهتمامهم بالباحث العربي الذي تمكّنه لغته من مخاطبة مئتي مليون إنسان. كما يبدون رغبتهم في أن يروا كتاباً لهم مترجماً إلى العربية. وفي المقابل وجدنا من يدعونا إلى استبدال تعبير «علم نفس عربي» بتعبير «علم نفس في العالم العربي»!!

٣ - مدخل إلى علم نفس عربي:

إن تكييف الممارسة النفسية بما يتلاءم مع حاجات طالب العلاج هو من المبادئ المقدسة في الاختصاص. ومن هنا فإن طرح «علم النفس العربي» هو طرح يتمتع بجميع المبررات العلمية والإنسانية التي لا تقبل الجدل. وهذا الطرح يتوجه إلى الإنسان العربي. فمن هو غير عربي أو هو أسير ثقافة أخرى فإنه غير معني بهذا الطرح. مع العلم أن هذا الطرح، يفيد جميع الناطقين بالعربية من غير العرب. ونحن إذ نطرح «مدخل إلى علم نفس عربي» فإننا نطرحه ونحن في تمام وعينا للحاجة إلى الاهتمام بالتراث الإنساني. ومن هذا الوعي ينشأ اتصالنا بمراكز البحث العالمية وبالباحثين الكبار الذين وعدونا بتلبية دعوتنا إلى مؤتمر يحمل هذا العنوان. وكما هو واضح فإن المجلة^(١) قد تحطت طرح «نحو علم نفس عربي» انطلاقاً من جهودها التي استمرت طوال عامين وتكللت بمؤتمر يحمل العنوان نفسه. من هنا فإن المؤتمر الثاني لم يتوقف لمناقشة مسألة التعريب التي باتت واقعة مكرّسة على صعيد اللغة والممارسة.

٤ - الخطوات العملية:

انطلاقاً من توصيات مؤتمر «نحو علم نفس عربي» ومن الحاجات المطروحة في الميدان أتى محمدلينا للخطوات العملية لـ «مدخل إلى علم نفس عربي» على النحو التالي:

(١) مجلة الثقافة النفسية، التي يصدرها مركز الدراسات النفسية (طرابلس - لبنان).

- ١ - إصدار دليل الأطباء النفسيين العرب.
- ٢ - إصدار دليل الأكاديميين النفسيين العرب.
- ٣ - إصدار دليل المعالجين النفسيين العرب.
- ٤ - إصدار دليل الكتاب النفسي العربي.
- ٥ - إصدار دليل كليات علم النفس العربية.
- ٦ - إصدار دليل الأدوية النفسية العربية.
- ٧ - إصدار معجم الطب النفسي.
- ٨ - إرساء اللجان التالية:
 - أ - لجنة البحوث الأكاديمية.
 - ب - لجنة العائلة العربية.
 - ج - لجنة التراث النفسي العربي.
 - د - لجنة علم النفس عبر الحضاري.
 - هـ - لجنة الاختبارات النفسية.
 - و - لجنة المعجم النفسي.
 - ز - لجنة الطب النفسي.
 - ح - لجنة الطب النفسي.
 - ط - لجنة الشخصية العربية.

٥ - مسؤوليات الباحث العربي:

لم يعد الأطباء النفسيون قادرين على التوقع في المجالات الضيقة لاختصاصهم، فهم باتوا يتحملون مسؤوليات أخلاقية تتجاوز حدود الاعتراف بالمرضى في إطار العيادات أو المستشفيات. وعلى هذا الأساس تفرع الاختصاص إلى فروع عديدة منها الاجتماعي والوقائي والجائحي والعسكري... إلخ.

ومن المهام الأولية، التي باتت ملقاة على عاتق الطبيب النفسي، مهمة العمل على تحسين مستوى اللياقة النفسية لدى أعضاء المجموعات التي يتعامل معها ولدى أفراد المجتمع ككل. ومن هذا المنطلق بات للاختصاص أدواره الاستشارية في تخطيط سياسة المجموعة والمجتمع. فمن السياسة الصحية إلى الاجتماعية وصولاً إلى علم نفس التجسس والإرهاب نلاحظ أن للاختصاص دوره الاستشاري فيها جميعاً. على أن هذه الاستشارات هي استشارات تقنية وليست ملزمة وإلا تحول الاختصاص إلى ميدان سياسي، وهذا مرفوض تماماً.

والآن ما هي مسؤوليات الباحث النفسي العربي؟ وما هي آليات دعمه لمستوى اللياقة النفسية؟ وما هي السبل الأيلة إلى ذلك؟

٦ - الشخصية العربية:

إن الحديث عن الشخصية العربية هو حديث مغفوف بالألغام التي تهدد الباحث بالانفجار في

وجهه، وبخاصة الباحث النفسي الذي ينطلق من مبدأ كون علم النفس وسيطاً مفصلياً بين الطب وبين سائر العلوم الإنسانية. مما يحتم على الباحث أن يأخذ هذه المواضيع كافة في بحثه حول الشخصية العربية. وهنا تكمن المشاكل وتتفجر الخلافات بين دافع للتعريب ومدع بقصور العربية، وبين تراثي متشدد وبين متعصب ينحرف التراث، وبين دافع للفصحى وبين مدع العامية، ويطول حبل الخلاف. وما يزيد المازق حرجاً أن كل الأطراف يرفضون مبدأ التوفيق ويعتبرونه أداة تهدف إلى اختراقهم. لذلك نرى من المهم أن نذكر الجميع باللامح التي تعتبر مميزة للشخصية العربية. هذه اللامح التي تتخذ كمقاييس يعامل الإنسان العربي من خلالها. وإكمال الصورة نجد من الضروري مقارنة هذه اللامح باللامح الإسرائيلية التي تعتبر نقیضة للامح العربية في أذهان الجمهور الغربي. ونبدأ بتعداد اللامح العربية (وهي بمنزلة لائحة تهم موجهة إلى الشخصية العربية).

يُنظر إلى العربي على أنه إنسان نزوي وغير متحضر ومتعصب متطرف وإرهابي وبعيد عن القيم الاجتماعية الشاملة التي تشكلها الطبقة المتوسطة (وهي الغالبة عددياً في المجتمعات الغربية) لأنه إما غني فقط وإما فقير مهاجر. والعربي أيضاً هو إنسان نزق لا يحتم بأي مثاليات (حتى مثاليات ومقدسات مجتمعه) إلا من منطلق شخصي. وبذلك فإنه يطلب من الآخرين احترام مثاليات لا يجترعها هو نفسه، ومن هنا اتهامه بالرياء والكذب والسطحية. فهو إنسان غير مؤهل للالتزام بفكر شمولي متعالٍ (حتى ولو كان هذا الفكر مقدساً). وهم يعتبرون أن العرب قد عجزوا عن إنتاج فكر فلسفي. فحتى وهم في قمة حضارتهم فإن العرب قد عجزوا عن إنتاج فكر فلسفي، وفلاسفتهم المشهورون (ابن سينا وابن رشد والقرطبي وغيرهم) لم يكونوا سوى نقلة وغالييتهم لم يكونوا عرباً... إلخ وتطول لائحة التهم...

على الوجه الآخر للعملة تبرز شخصية الإسرائيلي على أنه شخص متحضر (بديل تطوره التقني ومعايشته وتقوله مع المجتمعات الغربية) ومرن وغامض وقوي. ونتيجة لهذه الصفات فإنه شخص ذو تأثير. وهذا التأثير يزداد من خلال الباطنية اليهودية التي تجعل من الإسرائيلي قادراً على التأثير في مختلف المجالات. ولكن هذه السيطرة تجعل من اليهودي - الصهيوني إنساناً متحكماً وقادراً على الإيذاء، ومن هنا واجب مهامته حتى لا تستعمل الشخصية الإسرائيلية قدرتها على التنظيم في اتجاه مضاد. ونتيجة للصراع العربي الإسرائيلي ينظر الغربيون إلى العربي على أنه بعيد عن صفات الصهيوني، بل على نقیضها. وبهذا تصاف تشوهات جديدة إلى صورة الشخصية العربية وإلى الأفكار المسبقة، المتكونة لدى الغرب، تجاه العربي.

والباحث العربي يستطيع أن يكون أكثر جدية والتزاماً إذا هو انطلق من هذه الوقائع متعاليّاً على ضروب الجدل العقيم. فهو يدرك بذلك أن صورة الإنسان العربي بحاجة إلى ترميم. هذا الترميم الذي يبدأ بإزالة الأفكار المسبقة وإقامة حوار موضوعي بعيد عن أثر الإيماءات الدعائية وعن محاولات الغري للدفاع عن أناه حتى يتهرب من أسر نظراته الطفولية إلى العالم الثالث عامة والعالم العربي بشكل خاص. فنظرة الغرب إلينا ليست نظرة عدائية وإنما هي نظرة الطفل الذي يود أن يأخذ ما يريده دون حساب. وهو يعاني كل من يحجب عنه الأشياء التي يريدها. وهذا الطفل تربى على مبادئ طيب الأطفال الأميركي سيوك. ومن هنا فإنه طفل يجهل أن للآخرين حدود احتلال معينة وأن لحرية أيضاً

حدودها. وهذا الطفل، الذي حرره سيوك من اضطهاد الأهل، يريد أن يضطهد أهله والعالم من خلالهم. وهذا تحديداً ما يفعله الأمريكي اليوم.

إنطلاقاً من هذه المعطيات فإن تعاملنا مع هذا الطفل عليه أن يتقيد بمجموعة من الالتزامات. أولاً أننا غير غرولين للقيام بتربيته فنحن لسنا أهله. وثانيها أن من واجبنا إقناعه أننا لا نريد إيذاءه وأن هذا الإيذاء ليس هدفاً من أهدافنا. وأما الالتزام الثالث فهو أننا لا نخطب وده لأنه سيء التربية. ولكن هذا الطفل لا يأبه بنا ولا بالتراماتنا بل إنه يرانا غير جديرين بالحوار. فمن أين نبدا؟

٧ - الحوار بين الشمال والجنوب:

إن حضارة الشمال هي حضارة إنسانية ومثلها مثل سائر الحضارات الإنسانية فإنها وزعت ثمارها على البشرية جمعاء. وبهذا فإنه من غير الجائز معاداة هذه الحضارة وإنما من الواجب إقامة الحوار مع مفكري هذه الحضارة، وتحديداً مع المفكرين الشماليين الذين يدركون مبدأ: «إن ضعف الآخر لا يعني إلغاءه». ولناخذ مثلاً على ذلك كتاب العالم نوام تشومسكي قراصنة وأباطرة وكتاب آلان لوبيشون النظر غير المتساوي وغيرهما كثيرون ممن نستطيع التفاهم معهم من مبدأ: «احترام تمايز الآخر وصولاً إلى الاعتراف الناجز به»، وهذا المبدأ سيجعلهم يتقبلون خاصية شخصيتنا بعيداً عن الأفكار المسبقة المشار إليها أعلاه. فالعقوق ليس حصراً بشبابهم بل إن لشبابنا طريقته الخاصة بهذا العقوق. وهو يسعى إلى فرض تمايزه بالقوة عندما يئأس من الحوار. وهذا ليس تهديداً وإنما هو نتيجة طبيعية يدركها كل الباحثين. على أن الباحث النفسي قد يقصر في مجازة هذا الحوار الفكري - الفلسفي ولكنه لن يقصر عندما يساهم في الأبحاث النفسية عبر الحضارية، وهي من الوجوه الأكاديمية للحوار بين مختلف الثقافات. ومن تجاربنا الخاصة نستطيع التأكيد على فعالية هذا الحوار وعلى الانفتاح الكلي لعلماء النفس الأجانب (خلا بعض المنصرين المعروفين) وعلى احترامهم الناجز واعترافهم التام بالآخر.

٨ - المعوقات والمعطيات الموضوعية:

إن آباء النجاح كثر ولكن أبا الفشل واحد. وهذا الأب يحاول إيجاد جميع المبررات لتبرير الفشل. وهو يحاول توضيح أدوار الآباء الآخرين الذين كانوا على أهبة الاستعداد للتنافس على الأبوة في حال النجاح. لذلك فإننا نسعد إلى تعداد المبررات المطروحة كتفسيرات للقصور في انتفاع مجتمعنا من الخدمات الجليلة التي يقدمها علم النفس. وهذه المبررات هي التالية:

- (١) قصور الخبرات.
- (٢) قصور التجهيزات.
- (٣) قصور الإمكانيات المادية.
- (٤) فقر الباحثين.
- (٥) انعدام تخصصات الأبحاث.
- (٦) القصور التقني.

إلا أن هذه الأسباب مجتمعة عاجزة عن تبرير الفشل في الإفادة من علم النفس. ذلك أن البحث النفسي لا يتطلب المصاريف الضخمة. فالجهود التي يتطلبها هذا البحث هي جهود بشرية في المقام

الأول. وهذه الجهود يمكن توافرها بالحد الأدنى من الكلفة عن طريق رسم سياسة جامعية واضحة. فلو نحن أخذنا الجامعة اللبنانية (حيث تعد مئات رسائل الجدارة والدكتوراه) مثلاً، فإن بالإمكان توجيه طلابها نحو دراسة معاناة وانعكاسات الحرب اللبنانية على النواحي الإنسانية كافة لمعيشة المواطن اللبناني هذه الحرب. فلبنان اليوم بحاجة لأبحاث تتناول جهاز القيم والانحراف وحمل السلاح والإجرام المنظم والإدمان وطفل الحرب وشباب الحرب ومتوسط الأعمار في لبنان ونسبة الطلاق والزواج والهجر وأعباء الحرب والوساوس المرضية والرهاب والقلق والعلامم الانهيارية ومعاداة المجتمع واضطرابات الشخصية ومستوى اللياقة النفسية بعد الحرب... إلخ.

وهذا مجرد مثال على المعاناة اللبنانية الخاصة، إلا أن هناك معاناة أشمل هي معاناة الشخصية العربية التي تقتضي تنسيقاً أرقى وأعم. ونظراً لقصور خبراتنا البشرية فإن الخطوة الأولى المضادة للشرذمة إنما تتمثل بإنشاء مجلس عربي أعلى للأبحاث النفسية، على أن يتألف هذا المجلس من أقطاب الاختصاص في العالم العربي. وتكون مهمة هذا المجلس توجيه سياسة البحث العلمي - النفسي في العالم العربي والإشراف على هذه الأبحاث (إشراكاً عالياً) وتقويمها وتسهيل نشرها ووصولها إلى أيدي بقية الباحثين، ومن ثم عرض هذه الأبحاث والتجارب لمقارنتها بتجارب الزملاء الأجانب. ونحن نرى في هذه المجلة (مجلة الثقافة النفسية) خطوة أولى على هذا الطريق...

٣ - على طريق المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس

يجمع العاملون في تطبيق العلوم الإنسانية على ضرورات تعديل مناهج هذه العلوم بما يتوافق مع الوقائع الإنسانية - الثقافية. هذه الوقائع التي أرسى مبادئ المدرسة النفسية عبر الحضارية هي عينا التي وضعت كبار باحثينا أمام علامم الخصوصية الثقافية التي تحول دون اعتياد التصنيفات والاختبارات وأساليب العلاج الأجنبية. إذ يحتاج هذا الاعتياد إلى إعادة نظر منهجية في هذه المعطيات قبل وضعها موضع التطبيق.

في ما يلي وفي سياق الحديث عن مدرسة نفسية عربية نعرض لبعض المقدمات الأولية التي طرحها عدد من باحثينا على طريق المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس.

١ - البروفسور مصطفى زيور:

... إن الوقائع العيانية ورصدها لا قيمة لها بغير فكر نظري خالص متعالٍ هو الذي يضفي المعنى ويمنح الدلالة...

من كتاب في النفس

٢ - الدكتور محمود السيد أبو النيل:

إنني ريفي النشأة جئت إلى المدينة في بداية دراستي الجامعية فأخذت تتشكل لديّ النظرة المقارنة بين أهل الريف وأهل المدينة. وأخذ القلب العلمي لهذه النظرة ينمو يوماً وراء يوم خلال الدراسة

الجامعية وما تلاها من دراسات عليا، ثم جاءني العمل في بلاد عربية وزيارة بلاد أجنبية حيث تجاوزت النظرة المقارنة حدود الحضارة الواحدة إلى الحضارات الأخرى.

... إن هذه الدعوة لا تخرج عن كونها بداية جهد فردي لعمل تفرض مجالانه المتعددة أن يتحمل عبء الكتابة فيها فريق كبير من المتخصصين. وأوجه هذه الدعوة إلى جميع المتخصصين بعلم النفس في مصر وفي العالم العربي...

من كتاب علم النفس عبر الحضاري

٣ - الدكتور محمد عثمان نجاتي:

... لقد أقمت مع عدد من علماء النفس الأميركيين والعرب وجمعية البحوث الحضارية المقارنة؛ (توقفت بسبب العدوان الثلاثي عام ١٩٥٦).

من كتاب حياتي مع علم النفس في مصر

٤ - الدكتور علي كمال:

... إن الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية، وفي مقدمتها الفصام، تتعلق بأداة الفكر وتوازنه واختلاله، ومن طبيعة الفكر أن تكون اللغة هي الأداة الرئيسية والصادقة للتعبير عنه سواء في حالة التوازن أو الاختلال. وهذا الواقع يحتم ضرورة الرجوع إلى لغة الفرد وتعبيره لفهم حالته العقلية وتقرير صحته من خلله. وحاجتنا إلى لغة التفاهم مع المريض العربي وأهله هي بالتأكيد أكثر من حاجتنا إلى مثلها في مجالات أخرى من الطب...

ومن حوافزي هناك شعوري بضرورة إقامة التواصل بين تراثنا العربي والفكر الطبي وبين حاضرنا ومد هذا التواصل إلى المستقبل...

ويعترف العلماء الغربيين فإن أول تصنيف للأمراض العقلية هو تصنيف العلماء العرب الأوائل، ومن بينهم أحد معاصري الرازي الذي حدد تصنيفاً مذهباً في دقته وفي موضوعيته... من كتاب فصل العقل

٥ - الدكتور هيد القادر الشبخلي:

... هناك عدد من الاضطرابات النفسية والعقلية التي تصادفها في عيادتنا دون أن نجد لها أثراً في التصنيفات الغربية للاضطرابات النفسية. ومن هذه الاضطرابات الخاصة واضطراب عقلي عابر خاص بمنطقة وسط القرات...

من محاضرة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي

٦ - د. فريد كاشا:

... تواجه الدول النامية مشاكل زيادة نمو المعدل السكاني بنسب مهمة كما تواجهنا (في الجزائر وفي الدول العربية) زيادات ملحوظة في طلب الاستشفاء وفي الطوارئ، وذلك في مقابل نواقص هامة وبالغة على صعيدي التجهيز المادي والخبرات البشرية. أمام هذه الوقائع على الدول العربية (والنامية) إجمالاً أن نجد نفسها تنظيماً خاصاً لأجهزتها الصحية حتى تستطيع هذه الأجهزة متابعة القيام بدورها

وأيضاً للحزول دون تخريب وتدمير قدرة العائلة والمجتمع على تحمل المرضى العقليين واستيعابهم . . .
من محاضرة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي

إن هذه الآراء هي قليل من كثير وهي وإن لم تدعُ صراحة إلى ضرورة قيام المدرسة العربية فإنها تقرر هذه الضرورة من خلال طروحاتها. وبما أننا لا نرى مبرراً لتنفيذ هذه الآراء وشرحها فإننا نتنقل إلى مناقشة العوائق التي واجهتها دعوتنا إلى المدرسة العربية بعد مضي أكثر من عام على طرحها لها. وهذه المعوقات لا تختلف في جوهرها عن المعوقات التي تواجه تعريب جميع العلوم، بحيث يمكننا رد هذه المعوقات إلى المواقف المسبقة التالية:

- ١ - الخلط بين «لغة الدين» و«لغة العلم».
- ٢ - اتهام اللغة العربية بالقصور عن استيعاب المصطلحات العلمية.
- ٣ - صعوبة رسم الحروف العربية المجانية.
- ٤ - صعوبة التشكيل.
- ٥ - الدعوة لاستخدام اللهجات العامية المحلية.

ونود، قبل تطرقنا إلى مناقشة هذه النقاط، أن نستعرض التطور الزمني لهذه المعوقات التي تشكلت بحذ ذاتها نوعاً مميزاً من التحدي وشكلاً خطراً من أشكال التمييز بين الشعوب.

يمكننا أن نرد البوادر الأولى لهذه المواقف العنصرية إلى نهايات القرن التاسع عشر. ففي العام ١٨٩٢ ألقى المستر ولكوس محاضرة في القاهرة ورد فيها ما يلي: «... إن السر في تخلف المصريين وعجزهم عن الابتكار يكمن في اعتمادهم اللغة العربية... إلخ». وبمعنى آخر فإن الاستعمار البريطاني بممارساته غير مسؤول وغير مساهم في هذا التخلف. بل على العكس فإن هذه الممارسات هي بمثابة خطوة على طريق التحضر.

لم نكن لنعرض هذا الرأي لو كان مجرد رأي شخصي. ولكننا نعرضه لأنه عكس تياراً وخطة مدروسة في تعامل الدول الاستعمارية مع مستعمراتها. ووفق هذه الخطة كانت معاهدة «سايبس» - ييكو وإقرار مبدأ الانتداب والعمل على إفشال تجارب الاستقلال العربي بناءً على تخطيط مسبق دقيق. ولقد ساهم مؤلفون عرب عديدون في تنفيذ هذه المخططات. ولقد كان هذا الإسهام نتيجة للانبهار بالغرب. ومن هؤلاء المساهمين نذكر لطفي السيد وعبد العزيز فهمي ومارون عسّين... إلخ.

ونكتفي بهذا القدر من الاستعراض الزمني لنذكر قارئنا بأن المدرسة التي ندعو إليها هي مدرسة علمية، وهي بالتالي تعارض كل أشكال التمييز الديني والعنصري والفئوي وغيرها من أشكال التمييز بين البشر. وإذا وجدنا القاريء يطرح هذه المواضيع فإن ذلك يهدف الدفاع عن مجموعة من البشر (مئات الملايين) تعرضت ولا تزال لأنواع خطيرة من التمييز. وبما أن دفاع الأشخاص عن أعراق لا يتمتعون إليها يتدرج في خاتمة الدفاع عن حقوق الإنسان فإننا نأمل أن تتيح لنا حقوق الإنسان حق الدفاع عن أنفسنا وعن مجتمعاتنا (وبخاصة عن مرضاتنا) دون أن يوجه إلينا مؤمن بهذه الحقوق تهماً غير مشروعة. فإذا ما أتت هذه التهم من قبل أناس لا يؤمنون بهذه الحقوق فإننا لا نكثر لها.

وننتقل الآن إلى المعوقات المشار إليها أعلاه لنؤكد بأننا لم نكن لنلثفت إليها لولا أن أدواتنا تصدت لدعوتنا وصنفت هذه الدعوة في إطار المحظورات وفي إطار الدعوات الخطرة. وإني كلباني أسف لأن مصدر هذه المعوقات كان لبنانياً صرفاً. فبريدنا العربي لم يحمل سوى الشاء على هذه الدعوة. والثناء عينه حله بريدنا اللبناني. ولكن هذا الأخير تضمن، ولو بنسبة ضئيلة، كل المعارضة التي واجهتها الدعوة إلى المدرسة العربية. وأخشى ما أخشاه أن تؤدي هذه المواقف المتنافرة والسقيمة إلى اتخاذ المفكرين والعلماء العرب موقف التعميم وصولاً إلى التحفظ على كل ما هو لبناني. وأسف إذ أقروا أننا قد اخترنا مثل هذا التحفظ في قبول القراء العرب لهذه المجلة (مجلة الثقافة النفسية).

وفي عودة إلى مناقشة للمعوقات المشار إليها أعلاه، نبدأ بـ:

١ - الخلط بين «لغة الدين» و «لغة العلم»:

من المؤكد أن الاضطراب النفسي، على أنواعه، يتصاحب مع الاضطراب اللغوي. كما أنه من المؤكد أن كل مريض ييلوس ويتخيل يعاني اضطرابه اللغوي بلغته الأم. فالإسرائيلي ذو الأصل العربي ييلوس بالعربية إذا ما مرض. كما ييلوس بها المرضى الذين تعلموا العربية كلغة أساسية (حتى ولو لم يكونوا عرباً). وعلى هذا الأساس هل هناك من ينهم دارس هذه الاضطرابات اللغوية بالتعصب الديني أو العرقي؟ وهل يستطيع الاختصاصي التعمق في دراسة هذه الحالات إذا هو لم يدرس اضطرابات اللغة العربية لدى المرضى العقلين المتكلمين بالعربية؟ وهل نستطيع تطبيق اختبار رسم الوقت على المتكلم بالعربية كما على المتكلم باللغات الأخرى؟ وهل نستطيع تطبيق أي اختبار نفسي أجنبي على مريض عربي دون تعديل هذا الاختبار؟ ثم هل للدين أو للعرق أو للتمييز المرتكز إليها مكان في ما ندعو إليه؟ وأخيراً هل يظن أحد أن الموضوعية العلمية تقتضي أن يشعر الباحث بالعار بسبب انتهائه العربي أو بسبب انتهائه الديني؟ أم أن عليه أن يشوه هذه الانتهات حتى يصبح موضوعاً؟

وهنا نذكر برود للدكتور شاهين عبد الصبور على هؤلاء إذ يقول: «والخطأ أولاً في المصطلح. فاللغة هي اللغة وهي ذاتها المستخدمة في كل الأهداف التعبيرية التي يريدها المتكلم سواء أعلمية كانت هذه الأهداف أم دينية أم غيرها. لذا فإن الصواب هو القول بـ: «الأسلوب العلمي» و «الأسلوب الديني» ولكل أسلوب طابعه الخاص وقواعده الخاصة. وأما القول بـ «لغة الدين» فهي عبارة يقصد بها مستعملوها التعبير عما يكونونه من عداوة للعربية».

لقد دأب الاستعمار على الربط بين الإسلام والعروبة حتى بات هذا الربط معتبراً من المسلمات (حتى في أذهان بعض العرب). وهنا أذكر شكوى أحد زملائي على مقاعد الدراسة إذ قال: «أنا لبناني فإذا ما أتيت عملاً ناقصاً وصفوني (يقصد أهل البلاد التي كنا ندرس فيها) بالعربي، أما إذا أتيت عملاً جيداً وناجزاً وصفوني باللبناني الذي لا يمت إلى العروبة بصلة. حتى بت لا أعرف إن كنت عربياً أم لا؟!».

خلاصة القول إن الدعوة إلى المدرسة العربية هي دعوة ذات أهداف إنسانية تهدف إلى دعم وتعميق فهمنا للمريض وزيادة إمكانياتنا في علاجه والتخفيف عنه بعيداً عن أي تمييز ديني أو عرقي أو قسوي.

٢ - اتمام اللغة العربية بالفصور عن استيعاب المصطلحات العلمية :

يعاني الباحث النضي المعاصر من «اضطراب المصطلح». فالدراسات النفسية تشهد تطورات هامة في وقتنا الحالي. وهذه التطورات كثيراً ما تقتضي تفريع المصطلح الواحد إلى أربعة أو خمسة مصطلحات فرعية، مما يتسبب غالباً بارتباك وتشويش القارئ. و«اضطراب المصطلح» يشكل اليوم شكوى أساسية لدى الباحثين الأميركيين خاصة والغربيين عامة.

ومن الطبيعي أن تكون معاناة الباحث العربي من «اضطراب المصطلح» معاناة أكثر عمقاً. ومرد هذا العمق وهذه المعاناة يكمن في أن باحثنا لا يفقدون هذه الأبحاث ولا يجارونها بل إنهم لا يطلعون عليها إلا بعد مرور عدة سنوات (وهذا يدعم ضرورة قيام المدرسة العربية). أما التستر وراء الادعاء بقصور اللغة العربية عن استيعاب هذه المصطلحات فهو دعوة باطلة. وهذا الباطل يعجز عن تغطية قصورنا وقصور مراكزنا العلمية ومؤسساتنا حتى نطمئن بالأ وتلقي اللوم على اللغة. ومثالنا الخامس على ذلك كتاب نعرف بأننا لم نطلع عليه إلا مؤخراً (في سياق اهتمامنا بموضوع التراث النفسي العربي) وهو كتاب ابن الجوزي أخبار الحمقى والمغفلين^(٥). وفي هذا الكتاب نجد أن عدد تسميات الأحق في اللغة العربية يبلغ الـ ٤٩ تسمية وهي :

الأحمق، الرقيق، المائق، الأذيق، المهجاجة، الملباجة، الخطل، الحرف، الملق، الماح، المسلوس، الملقون، المافوك، الأعفك، الففافة، الهجاة، الألق، الخوعم، الألف، الرطوء، الباهر، المجرع، المجمع، الأنوك، المنبك، الأهوج، الهبق، الأخرق، الداعك، الهداك، الهبتق، المدله، الذهول، الجعيس، الأوره، الهوف، المعضل، الغدم، المتور، عيابه وطبقاه.

ومن الأسياء الخاصة بالمرأة الحمقاء : الورهاء، الخرقاء، الدفنس، الخدعل، الهوجاء، القرنع، الداعكة والرطينة.

ولدى قرائتي لهذه التسميات تذكرت ارتبائي لدى محاولتي ترجمة كلمات Idiot و Imbécile و Debile وهي درجات الحمق الثلاث بحسب التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية. مما لم أجد أشك معه في أن ارتبائي في حينه كان مرده إلى جهلي اللغة العربية ومصطلحاتها النفسية وليس قصور هذه اللغة. فهذه اللغة قد لا تحوي في تراثها مرادفات تقنية ولكنها تحوي حتى المصطلحات العالدة للعلوم الإنسانية ومخاصة علم النفس. بل أبعد من ذلك يتساهل الباحث عا إذا كانت هذه التسميات مترادفة أم أنها تدل على درجات الحمق. ونجد الجواب لدى مؤلف الكتاب، ابن الجوزي، إذ يروي على لسان أعراي سئل عن الفرق بين الأحق والمائق فقال : «الأحمق مثل المائع على رأس البئر والمائق هو مثل المائع الذي هو في أسفل البئر، فبينهما من الجودة في الحياقة ما بين هذين».

فهل يصح أن نهم اللغة العربية بالفصور في استيعابها للمصطلحات والمفردات النفسية؟

٣ - صعوبة رسم الحروف العربية الهجائية :

نكتفي هنا بالتذكير بتعقيد رسوم الحروف اليابانية أو الصينية (تحتوي الآلة الكاتبة الصينية على

(٥) بيروت، دار السرو، (ب.ت.د.).

٨٥٠٠ مفتاح للحروف). كما نذكر بأن هذا التعقيد لم يحل دون قيام المدرسة اليابانية والصينية ودون قيادتهما للأبحاث العالمية في مجالات نفسية عدة.

٤ - صعوبة التشكيل والدعوة لإلغائه:

في رأينا أن هذه الدعوة ساذجة بحيث لا تستحق الرد عليها.

٥ - الدعوة لاستخدام اللهجات العامية المحلية:

بدون تعليق.

وبعد استعراضنا لهذه المواقف تنتقل إلى مناقشة الخطوات العملية على طريق إرساء علم نفس عربي. وهذه الخطوات لا يمكن تحقيقها إلا بتضافر الخبرات والتجارب العربية لأن كل واحدة منها تمثل مشروع بحث علمي يحتاج إلى سنوات عديدة وإلى باحثين كثر. وهذه الخطوات هي التالية:

(أ) معجم الألفاظ النفسية - التراثية وشرحها:

لقد أعطينا أعلاه مثلاً على مرادفات كلمة «الأحق» في اللغة العربية، هذه المرادفات التي يجهلها أكثر اختصاصيين المعاصرين. وقس على ذلك آلاف المرادفات والمصطلحات الأخرى مما يقتضي وضع معجم لهذه الألفاظ حتى يسهل على الاختصاصي والباحث والمترجم الرجوع إليها عند الحاجة.

(ب) تحقيق الكتب والمخطوطات النفسية - التراثية.

(ج) تطوير التراث النفسي - العربي:

ونقصد بهذا التنوير عملية دقيقة ومحددة نوجزها على النحو الآتي: لدى مراجعتنا للكتب التراثية (عربية كانت أم يونانية أم غيرها) نلاحظ فيها من الاستطرد ما لا يتفق مع المفاهيم الحديثة للكتابة وللعلوم. فلو أخذنا كتاب أخبار الحمقى والمغفلين المشار إليه أعلاه، فإننا نلاحظ احتواءه على استطردات وعلى أخبار وأبيات شعر لا تهم الاختصاصي النفسي بحال. بل إن ما يهم هذا الاختصاصي لا يتجاوز العشر صفحات من هذا الكتاب. والتحديث في رأينا هو استخلاص هذه الصفحات والتعليق عليها تعليقاً يضعها في مكانها في المناظر العلمية الحديثة.

(د) علم النفس عبر الحضاري:

تشير إحصاءات الطب النفسي إلى وجود فوارق ملحوظة في أعداد المرضى بين ثقافة وأخرى، وبين بلد وآخر، وبين المدينة والريف في داخل البلد نفسه. ولقد تفرد الباحث العربي د. محمود السيد أبو النيل بإصدار كتابه علم النفس عبر الحضاري، ويمكن من إظهار الفوارق الملموسة في نتائج تطبيق النظريات النفسية وفي نسب الإصابات المرضية بين البلدان العربية والبلدان الأخرى. وفي حينه دعا الباحث إلى توجيه العناية نحو هذا الميدان ولكن صرخته ذهبت هباءً. ونحن إذ ننظر إلى كتابه كخطوة على طريق المدرسة العربية فإننا نزداد إدراكاً للصعوبات التي يواجهها قيام هذه المدرسة.

(هـ) المعاجم النفسية:

إن معجم الألفاظ النفسية التراثية، المشار إليه أعلاه، يعتبر مرجعاً أساسياً للمعاجم النفسية

المختصة التي نشر إليها في هذه الفقرة. وواقع الأمر أن المكتبة العربية لم تعد بعض التناجات الجيدة في هذا المجال. ونخص بالذكر ثبت المصطلحات التي نشرتها مجموعة البروفسور زيور في نهايات ترجمتها لكتب فرويد الصادرة في أواخر الخمسينات. وكذلك معجم مصطلحات التحليل النفسي (عربه د. مصطفى حجازي) ومعجم مصطلحات علم النفس والتحليل النفسي (فرج طه - أبو النيل وغيرها - دار النهضة العربية). ولكن تعدد الاختصاصات النفسية وتفرعها يجعلان مكتبتنا بحاجة ماسة للمعاجم المتخصصة في هذه الفروع. وتكفي الإشارة إلى عدم وجود قاموس واحد يستطيع أن يفي بغرض الباحث في التصنيفات المتبعة دولياً للاضطرابات النفسية. بل إن هذه التصنيفات نفسها غير موجودة باللغة العربية.

(و) الاختبار النفسي العربي:

بدون استثناء يتفق الباحثون على عدم صلاحية تطبيق الاختبارات النفسية في ثقافات غير تلك التي وضعت هذه الاختبارات فيها وقُنت قياساً على أفرادها. فالاختبار الأمريكي غير صالح للتطبيق في إنكلترا وقس عليه، حتى إن الجمعيات الدولية لم تتمكن من إيجاد الاختبارات الصالحة للتطبيق في جميع الثقافات. وهذا البُدا صالح حتى في حالات الاختبار المؤلف من بضعة أسئلة محددة. فحتى في هذه الحالة فإن الباحث يجد نفسه مضطراً لإدخال بعض التعديلات في ترجمته لهذه الأسئلة. فبدون هذه التعديلات يمكن لهذه الأسئلة أن تستتبع أجوبة غير تلك المنشودة.

(ز) الطب النفسي الجائحي:

لا يمكن لأية هيئة أن تحدد أولوياتها ما لم تكن قادرة على القيام بتحديد دقيق لاحتياجاتها. فإذا ما عانت بعض البلدان من انتشار مقلق لمرض السل فإنها تكون مضطرة لاستئجار أجهزةتها الصحية لمكافحة. فإذا هي لم تفعل، وفي المقابل راحت تبعثر الجهود البشرية والمادية لدراسة فيروس الإيدز الذي لا يصيب سوى بضعة أفراد من سكانها، فإننا نقول إن هذا البلد يهدر طاقاته ويمارس سياسة صحية عبثية.

من خلال هذا المثال نكون قد أعطينا فكرة عن أهمية الدراسات الإحصائية (الجائحية) التي من شأنها توجيه السياسة الصحية في بلدنا. وهذا يقتضي الاهتمام بفرع «الطب النفسي الجائحي» الذي لا نزال نهمله.

(ح) التصنيف النفسي - العربي:

لم تعدم الحياة العربية بعضاً من محاولات إرساء مثل هذا التصنيف. ولكن هذه المحاولات بقيت في حدود المحاولة ولم تتخطها. فالوصول إلى التصنيف العربي هو هدف بحد ذاته ودونه جميع النقاط التي عرضناها أعلاه. فلو أخذنا بعين الاعتبار الإنمائية الموضوعية المتوافرة لرأينا أن إيجاد هذا التصنيف يحتاج إلى سنوات طويلة من الجهود الشاقة وإلى مراحل متعددة وشاقة بدورها. ومن أهم هذه المدارس نذكر:

(أ) ترجمة التصنيفات العالمية إلى اللغة العربية: ذلك أن الدعوة إلى المدرسة العربية وإلى التصنيف العربي لا يمكنها أن تعني رفض هذه التصنيفات أو إلغائها. فهذه التصنيفات هي جهود عالمية

واضحة الأهمية. فلو دعونا إلى تعديلها بما يلائم واقعنا فإن ذلك لا يعني بحال اتهامها بعدم الصلاحية المطلقة.

(ب) تعزيز الحضور العربي في الجمعية الدولية للطب النفسي: لقد عكس المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي الضالة البالغة للحضور العربي في الميدان (راجع العدد الثاني من مجلة الثقافة النفسية). وهذه الضالة لا تنعكس فقط على صعيد الحضور والمحاضرات ولكنها تنعكس أيضاً على صعيد الأبحاث (بخاصة أبحاث تعديل التصنيف الدولي). فهذه الجمعية تعتمد إلى استخراج آراء باحثين ينتمون إلى مختلف الثقافات، وهي تعدّل التصنيف بناءً على هذه المشاورات. وبالرغم من تمثيل الدول العربية في هذه المناقشات فإن هذا التصنيف لا يزال بعيداً عن تمثيل الأوضاع الخاصة بالمرضى العربي. ومرد ذلك إلى أن مثلنا في هذه المباحثات يضطرون إلى الاستناد إلى تجاربهم وأبحاثهم الشخصية لأنهم لا يحظون بالدعم والاتصال الكافيين بزملائهم العرب. ومعنى آخر فإن غياب المدرسة العربية ينعثر الجهود ويعرقل مجرد إدخال بعض التعديلات على التصنيف الدولي.

(ج) تسهيل الاتصال بين الاختصاصيين العرب.

(د) عقد ندوات عربية، على أن تتمحور أهداف هذه الندوات حول المواضيع المشار إليها أعلاه بوصفها خطوات ضرورية لقيام المدرسة العربية وتصنيفها.

بعد هذه الخطوات مجتمعة يمكننا إذاً الحديث عن تصنيف نفسي عربي وعن مدرسة نفسية عربية. وهكذا فإننا ندرّك أن تحقيق هذه المدرسة ليس طرْحاً نظرياً غير قابل للتحقيق كما ندرّك أنه ليس سهلاً فدونه عقبات وعقبات أولاً أولئك الذين لا يقوّنون الفرص لإظهار عدائهم للعربية ولجهود التكلمين بها، والذين يجسّدون هذه العدائية في محاولاتهم لتشويه العربية وللتشكيك في صلاحيتها. فهل يحفل أن يتم إحياء اللغة العبرية الميتة على يد بضعة ملايين من أحفاد متكلميها وأن تقتل العربية الحية التي يتكلمها مئات الملايين من البشر؟ وليكن مسلماً أن اللغة هي وعاء الفكر فأين يصبح فكرنا (صحتنا) محليداً قدرات اختصاصيينا العرب على علاج مرضاهم) إذا ما كُسر وعاءه أو توسخ بأدران مثل هذه الدعوات؟

٤ - عبثة الراهن العلمي

يعاني الفكر العلمي من كوابيس عديدة وهو يخشى أن يراها تتحقق وتحول إلى كوارث تطل آثارها الإنسانية جماعاً. ومن هذه الكوابيس إلغاء الفرضيات الصحيحة حول مبدأ تعدد الوجوه للحقيقة الواحدة. فالنظريات التي تبدو متعارضة لا تكون كذلك بالضرورة، فالانقسام الذي ساد بين مؤيدي نظرية الجزيئات (نيوتن) وبين نظرية الموجات (بوكر) لم يكن مبرراً بدليل ما ظهر لاحقاً من نظريات أكدت على كون كليتيهما صحيحتين وإنما تتفاعلان على مستويات مختلفة.

كما نذكر من هذه الكوارث تلك المتعلقة بإساءة استخدام العلوم. هذا الكابوس الذي دفع بدافنتشي إلى تدمير العديد من تصورات الخلق (حتى لا يُساء استخدامهما)، وحدا بالفرد تويل إلى إنشاء

الجائزة المعروفة باسمه . وهذا الكابوس عنه يراود اليوم الباحثين في ميدان الجينات الذين يرغبون في أن تؤدي أبحاثهم إلى إنتاج الكائن المتفوق ويخشون أن ينحصر هذا الإنتاج في فئات من البشر دون غيرها . إنطلاقاً من هذه الكوابيس وكثير غيرها برزت لدى المفكرين الإنسانيين نزعة إلى بذل محاولات جامدة للوصول بالفكر العلمي إلى مستوى الأنسنة بحيث يتقاسم الأفراد ثمار الحضارة الإنسانية بغض النظر عن أي اعتبار سوى إنسانيتهم .

وفي هذا السياق يأتي مشروع إحدى المؤسسات الأميركية للأبحاث . ويتمحور حول قياس نسبة المعاناة الإنسانية وتوزيعها الجغرافي، وذلك اعتماداً على قياس عوامل عشرة هي التالية :

- ١) متوسط الأعمار .
 - ٢) مستوى التغذية .
 - ٣) مدى توافر مياه الشرب الصحية .
 - ٤) مدى توافر لقاحات الأطفال .
 - ٥) مستوى الإقبال على التعليم الثانوي .
 - ٦) متوسط دخل الفرد .
 - ٧) معدل التضخم المالي .
 - ٨) مدى الإفادة من تكنولوجيا الاتصال .
 - ٩) مستوى الحرية السياسية .
 - ١٠) مدى تمتع الفرد بحقوقه المدنية .
- على أن تعطى علامة تتراوح بين علامة واحدة وعشر علامات لكلٍ من هذه المتغيرات . ولقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

أ - إن هناك ٢٧ دولة (٨٪ من سكان العالم) تقع في فئة المعاناة القصوى من البؤس (إذ حصلت على ٢٥ علامة أو أقل مما يعني أن معاناتها البؤس هي في حدود الـ ٧٥٪) . وتأتي الموزامبيق في أسفل السلم (٩٣٪) .

ب - تناولت الدراسة ١٤١ بلداً جاء الدانمارك في مقدمتها بوصفه الأقل معاناة والموزامبيق في المؤخرة بوصفها الأكثر معاناة . وفي المقارنة بين البلدين نجد أن :

- متوسط الأعمار في الدانمارك ٧٥ سنة مقابل ٤٨ سنة في الموزامبيق .
- متوسط الدخل الفردي في الدانمارك ٢٠ ألف دولار مقابل ٨٠ دولاراً في الموزامبيق .
- نسبة التضخم في الدانمارك ٢٪ مقابل ٨٠٪ في الموزامبيق .
- الإقبال على التعليم في الدانمارك ٩٥٪ مقابل ٤٪ في الموزامبيق .
- نسبة وفيات الأطفال في الدانمارك ١٪ مقابل ١٤٪ في الموزامبيق .

ونكتفي بهذا القدر من عرضنا لنتائج الدراسة حتى نطرح إشكالية المنهجية التي تقرأ هذه النتائج . فالقراءة التي يقدمها المشرفون على هذه الدراسة هي قراءة رقمية بحتة ، بحيث تحولت نتائج الدراسة إلى التأكيد على وجود دول غنية ودول فقيرة ودول دائنة وأخرى مدنية وشعوب بائسة ومتخلفة

وأخرى غنية ومتطورة... إلخ. فهل يمكن للمعاناة الإنسانية أن تقيم على هذا النحو؟ وهل يمكن أن تتوقف إنسانية البحث العلمي عند حدود توجيه النصائح بتحديد النسل لدى شعوب لا يعيش أفرادها أكثر من ٤٨ سنة في المتوسط ويموت أطفالها جوعاً؟

وإذا ما حدث وأصرّ بعضهم على قراءة هذه النتائج بأساليب أخرى فإن هذا البعض يتعرض لانتقادات عديدة كالإدكالية والفوضوية وغيرهما. هذا إذا كان القراء متمينين إلى العالم الأول، أما في حال انتباههم للعالم الثالث فإن لهم حرية أكبر بسبب عجزهم عن الاتصال بالجمهور (وخاصة جمهور الدول المتقدمة) والمعوقات الأساسية لهذا الاتصال. وهذا الواقع هو من السهات الأساسية المميزة لعبية الراهن العلمي - الإنساني. إلا أن السمة العظمى لهذه العيبة تكمن في كون مجمل هذه الدراسات متصفة بأحادية الاتجاه. بمعنى أن الدارسين ينتمون إلى العالم الأول ويعملون أفكاره المسبقة لدى تصديقهم لدراسة العالم الثالث، وهم لا يملكون دراسات، في الاتجاه المعاكس، كي يتدوا بها. وعن هذه الأحادية يتفرّع التقسيم إلى دول ضعيفة ودول قوية، وإلى دول أرقى يحقّ لباحثيها تقييم مستوى الحريات والحماية والأرهاب في الدول الأدنى، وذلك مع الاهتمام بالأحصاءات المعلنة في الدول الأرقى حول هذه المواضيع. كما أن السير في الاتجاه المعاكس محظّر ومنعٍ بشكل حاسم. فهل يمكن لباحث من العالم الثالث أن يطلع على المعطيات الحقيقية لمواضيع الجريمة المنظمة وتجارة المخدرات والأرهاب وأثرها في مستوى الأمن والحريات في الدول المتقدمة نفسها ومن ثم في سائر أنحاء العالم؟

قولنا هذا لا يعني معارضة هذه الدراسات وإنما هو تأكيد على أن نيل أهدافها لا يستطيع أن يعطيها الموضوعية اللازمة كي تقدم الحلول الجاهزة للآخرين. علاوة على محاولة فرض هذه الحلول بقوى الإعلام والإقناع والضغط السياسي. ولتأخذ الحالة اللبنانية تعديداً حيث يوحى بصرف الملايين على مشاكل تقع في أدنى سلم الأولويات بالنسبة إلى بلد يحتاج إلى إعادة نظر منهجية في هيكليته الأساسية. ففي لبنان نجد محاولة، بل محاولات، ضاغطة للاهتمام بموضوع الإدمان والاتجار بالمخدرات. هذا في حين يصرّح برنار فاخي (رئيس وفد برنامج الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات) بالقول: «ولا يوجد انتشار مهم للإدمان في لبنان، وبكل سرور أقول إن اللبناني لا يقع تحت سلطة الإدمان... إلخ». ومع ذلك يصرّ بعض الخاضعين للإجها على القول إن إحصاءاتهم تشير إلى وجود ٣٥٠ ألف مدمن (١٩٨٩) ومئة ألف مدمن (شباط ١٩٩٢) وسبعين ألف مدمن (أيار ١٩٩٢) علماً أن الجهة نفسها هي التي تذيب هذه الإحصاءات المتناقضة والوهمية! وهكذا تقع في فخ الإجها الذي يتضمّن لدى بعضهم إلى درجة الحصول على إذن رسمي للاتصال بتلامذة المدارس من أجل توعيتهم (في الواقع إثارة فضولهم) لأخطار المخدرات.

عما تقدم يتضح لنا أن المسألة إنما تتعلق بالمنهجية. ولنا على منهجية هذه الدراسات مآخذ عديدة نعرضها بقصد الحزول دون قيام باحثينا بتقليد هذه المنهجية وصولاً إلى نتائج متشابهة إحصائياً. وهذه المآخذ هي:

أ- إن العوامل العشرة (التي اعتمدت عليها الدراسة) هي عوامل نسبية وغير ثابتة. إذ يمكن للزلازل والبراكين وموجات الأمراض أن تمهد الآلاف من السكان مؤثرة على متوسط الأعمار بنقض النظر عن الدول التي يعيشون فيها. أما مستوى التقلية فإنه لا يتسم بصدق الدلالة إلا في المجتمعات

الجماعة. ومتوسط دخل الفرد يفقد معناه ودلالاته في الدول النامية حيث الفروقات الطبقيّة الهائلة. هذا علاقة على نسبية معايير تقييم الحريات والحقوق المدنية.

ب - اعتياد مبدأ العلامات لكل عامل من العوامل. وهذا الاعتياد يعكس الميل إلى تحويل المعاناة الإنسانية والإنسان نفسه إلى مجموعة أرقام. ولسنا بحاجة إلى مناقشة خطر هذا التحويل.

ج - إلغاء خصائص الشعوب والأفراد. وهنا نتساءل مثلاً عن غياب عامل يفوق في أهميته العوامل العشرة (التي اعتمدتها الدراسة) مجتمعة. ونقص هذا العامل: «نسبة الانتحار» التي تعكس بصورة أصدق مستويات البؤس. وكذلك العوامل المتعلقة بالبؤس المعنوي الذي تتعرض له شعوب كاملة. حتى إن تلك الدراسة لم تأخذ في اعتبارها أيّاً من هذه العوامل.

نهاية نقول إن انتقاداتنا لا تلغي منهجية الدراسة ولا طريقة قراءتها وإنما هي طريقة أخرى في رؤية الحقيقة وهي في اعتقادنا وسيلة لرؤية أوضح لهذه الحقيقة. ونحن إذ نختلف في رؤية كل منا لهذه الحقيقة فإننا نرد هذا الاختلاف إلى تفاوت مستويات الطرح وقنواته وليس إلى خطأ رؤية وصواب الأخرى. فالعالم ليس بذلك الشيء الجامد والثابت بل هو قابل لإعادة التشكيل، وبهذا فإن الإنسان يبتدع عله من خلال مجموعة من السيرووات التي لا تتوقف عند حدود الأشخاص أو الأفكار أو النظريات. لأن هذا العالم يسير نحو النمو والتطور ومستقبله يتكون في الحاضر من خلال الممكنات التي ننتقيها من هذا الحاضر. وهذا ما سيجعل من هذه الممكنات أموراً يديسية أو مستحيلة. والرقمي الإنساني في نموه يستتبع احترام جميع الآراء (حتى ما بدا لنا منها باطلاً أو مقصراً عن استيعاب الواقع) طالما أن أصحابها يمتثلونها بإيمان وصدق. ومن هذا الاحترام ينبع الاعتراف الناجز بالآخر وصولاً إلى التعاون معه في سبيل رؤية أكثر شمولية وتسامحاً للواقع، وذلك بعيداً عن أي تمييز وعن كل أنواع الأفكار المسبقة التي تسيء إلى العالم من خلال تعاملها مع الحقيقة على أنها ثابتة وجامدة ومصبوبة في قوالب لا تشبهها على الإطلاق.

إنطلاقاً من هذه النظرة نعلن عدم إيماننا بمواقف الرفض الساذج وكذلك بُعدنا عن تبنيها المجاني شأن العقول الأسيرة. فنحن نتفق مع شمولية منطلقات تلك الدراسة الهادفة إلى معانية وتسجيل المعاناة البشرية. ولكننا نفرق هنا بين البعد العلمي الإنساني لهذه الدراسة وبين بعدها الإيديولوجي. ومعيار هذا التفریق هو الفعالية الإجرائية لنتائج هذه الدراسة بالمقارنة مع المعطيات الموضوعية لواقع الدول النامية إجمالاً ودولنا العربية خصوصاً.

وهكذا نلاحظ أن لهذه الدراسة بعداً إيديولوجياً باطنياً هدفه فرض النموذج الفكري الأميركي كنموذج موحد يهيمن على الفكر العالمي. وفي هذا السياق تأتي مثل هذه الدراسة وكأنها حصان طروادة الذي يتسلل عبره الفكر الأميركي إلى الدول النامية. ومن هذه السهات ذكرنا إيديولوجية تصنيف الدول إلى غنية وفقيرة وتحويل المعاناة إلى أرقام... إلخ. وإذا ما انتقلنا الآن إلى مناقشة الفعالية الإجرائية لنتائج الدراسة، نرى أن هذه النتائج قد حددت سلفاً من خلال منهجية الدراسة.

ماذا نفعل؟ هل نطلب من هذه الأمم تجديد النسل ومتوسط عمرها لا يتجاوز الخمسين سنة؟ أم نطلب منها رفع مستوى الدخل الفردي وهي تعاني التضخم والمديونية؟ أم تأمين التعليم الجامعي،

وهي تكاد تعاني المجاعة؟... إلخ من هذه الحلول التي يسوقها الإعلام الغربي وينشئ لها المؤسسات في الدول النامية، وذلك على طريقة الملكة التي نصحت شعبها بأكل البيسكوت عندما يفقد الحبز! وبهذا نصل إلى السؤال عن الحل. فما هو الحل إذا؟

إن الحلول كثيرة وجميعها تبدأ من تملكنا للقدرة على الفصل بين ما هو علمي - إنساني وبين ما هو إيديولوجي. وهذا يعني في ما يعنيه أن نتحدى بأرقام تلك الدراسة ولكن أن نتجنب أثرها الإيديولوجي الإيماني. فإذا ما أردنا مباشرة دراسة من هذا النوع نجيبنا الانطلاق من العوامل المشرية وأرقامها وعلاماتها إلى منطلقات أكثر إنسانية والتصاقاً بالواقع المعيش من قبلنا ولمجهول من قبل الباحث الغربي، وبهذا قد نصل إلى الحلول التي تتناسب مع واقعنا وهي كثيرة. وفي البداية علينا تعقيل واقعنا.

٥ - الرُّهاب اللغوي

منذ بضع سنوات استوقفتني بحث في الطب النفسي كان قد تصدى لظاهرة ارتفاع نسبة الانتحار في منطقة بريتانيا الفرنسية. في ذلك البحث كان المؤلف يؤكد وجود رابطة بين إحساس سكان تلك المنطقة بالإحباط بسبب تراجع واضمحلال لغتهم الأم، وذلك لمصلحة اللغة الفرنسية، وبين زيادة نسبة إقدامهم على الانتحار. حيث برّر المؤلف هذه الرابطة من خلال الإحساس بتلاشي أهمية الأنا التي تفقد هويتها بفقدانها للغتها الأم. بذلك يطرح المؤلف مفهوم اللغة ككائن وليس كمجرد وسيلة اتصال. حتى إن أبناء اللغة يتعلقون بها تعلقهم بالكائنات التي يصعب عليهم العيش بعد موتها.

لكن اللغة - الكائن ليست دائماً تلك الأم الحنون، بل يمكنها أن تكون مصدراً للتهديد والإثارة الملع. فـرهاب الفرنسيين من اللغة الانجليزية وخوفهم على لغتهم ليسا إلا وجهاً من وجوه اللغة ككائن مهتد، دون أن يعني ذلك أن نسبة الانتحار في فرنسا سترتفع بسبب هذا التهديد. فاللغة الفرنسية ليست عرضة للاضمحلال، فالتهديد يقتصر على صعيد الانتشار والسطوة الثقافية.

المسألة إذا إغواء يؤدي إلى السطوة، والصراع في هذه المسألة هو صراع هستيري يرافقه رهاب هو في حقيقته الخوف من فقدان القدرة على السيطرة من خلال فقدان القدرة على الإغواء. هذا الرهاب يصل إلى قمته عندما تبدأ اللغة بفقدان سيطرتها على أبنائها حتى تستميلهم اللغات الأخرى.

ونحن العرب أصحاب خبرة بهذا النوع من الرهاب الهستيري، وإمكاننا تقديم النصائح الاستشارية في هذا المجال سواء إلى الفرنسيين أو إلى غيرهم. لذا نقول بأن علاج الفرنسيين لرهابهم هو علاج خاطيء تماماً وهو غير مجد. فهذا العلاج يعمل على محورين: الأول، هو ترسيخ الفرانكوفونية والعمل على توسيع رقعتها. والثاني، هو حماية الفرنسية داخل فرنسا بمحاولة استصدار قوانين تفرض بث الأغاني الفرنسية بنسبة أربعين بالمئة من مجمل الأغنيات المذاعة. أو حتى تفرض غرامات على مستخدمين مفردات إنجليزية لها مرادفات فرنسية¹⁹

ومهما بلغ الحساس لهذه العلاجات فإنها ستفشل حكماً ونقولها عن خبرة وعن دراية. فمهما كانت وسائل وإغراءات ترسيخ الفرانكوفونية والجوائز الممنوحة للمبدعين الفرانكوفونيين، فإن كل ذلك لن

ينفع في وجه الفعالية المتزايدة للغة الانجليزية وهي فعالية تستغل تطورات وسائل الاتصال لتعلن عن نفسها ولتؤكد عالميتها وتراجع ما سواها من اللغات. مما سيجعل إقناع الفرانكوفونيين بأن تطور بلادهم وإغماها سيكونان مشروطين بتخليهم عن اللغة الفرنسية وبقبولهم على الانجليزية. هذا هو الواقع الذي يدركه الفرنسيون ويمارسونه مع عملهم على حجبهم عن الناطقين بلغتهم. فلو أخذنا العلوم النفسية تحديداً لوجدنا أن غالبية الباحثين الفرنسيين يحاضرون بالانجليزية وأن العديد من مجلاتهم باتت تصدر باللغتين (فرنسي - انجليزي). حتى بات إصرارهم على الفرانكوفونية إصراراً لا مبرر له.

عند هذا الحد يتساءل القارئ: ما هو العلاج الصحيح إذا؟

إن علاج هذه الحالة شأنه شأن علاج بقية الحالات الرهابية. حيث إن الرهاب هو خوف غير منطقي لأنه يفقد المبررات الموضوعية. فالتمددية اللغوية ليست سوى مظهر حضاري من مظاهر الثقافة الإنسانية العالمية. فالأحادية اللغوية لم تعد ممكنة بعد التطورات اللاحقة بالاتصالات، هذه التطورات التي ستعيد تصنيف اللغات بناء على معطيات جديدة. حيث لن يعتمد هذا التصنيف على عدد الناطقين بلغة ما، بل هو سيعتمد على مدى مرونة إنتاجها (الفكري والعلمي والإبداعي) وقدرته على الاستجابة للحاجات الإنسانية المشتركة بين الشعوب، وخصوصاً من بينها الحاجات الغريزية الأساسية. حتى ليبدو مسلماً أن نعرف بأن سبباً أساسياً من أسباب انتشار الانجليزية هو قدرتها على إنتاج وسائل التسلية واعتراقها بالتسلية كواحدة من الحاجات الإنسانية في عصر الفلق.

ولكن لماذا اهتمامنا بأزمة الثقافة الفرنسية وبرهاها؟ إن لهذا الاهتمام مبرراته العديدة وفي طليعتها التوحد وفي سببها أن العديد من بلداننا العربية متورط بهذا الأزمة من خلال فرانكوفونيتها التي لا يمكن تجاهزها بالسهولة المطلوبة. فظقلنا مثقل الوعي بلغتين (عربي - فرنسي) منذ دخوله إلى المدرسة، فإذا ما احتاج إلى الانجليزية يمحده عسيرة عليه وذلك على عكس الطفل الفرنسي الذي يمكنه تعلم الانجليزية إلى جانب لغته الأم. أخف إلى ذلك أننا لا نملك القدرات الكافية لتحويل مدارسنا وجامعاتنا إلى الانجليزية. بذلك يصح ارتباطنا بأزمة اللغة الفرنسية أوثق وأعمق تورطاً من الفرنسيين أنفسهم، حتى إننا نحتاج إلى مهلة زمنية غير قصيرة كي نتسكن من تخطي هذه الأزمة، التي لا تشكل مجرد اغواء همستيري، بالنسبة لنا، بل هي تشكل انتكاسة مرضية لحالة الفصام اللغوي الذي نعيشه.

وسواء تعلق الأمر بالأم الحقيقية (اللغة العربية) أو بالأم البديلة (اللغة الأجنبية) فإن علينا أن نفرق بين التبعة والتعلق المطلق بالأم، اللذين يعيقان تطور الشخصية القومية، وبين مظاهر العقوق والتكر والتهمرد الترجسي التي تصل إلى حدود اتهام الأم بنهم شق منها همه القصور العقلي والفكري بما يستتبع الدعوة إلى التخلي عنها وتحقيها بإجبارها على قبول تعديلات أساسية في بنيتها (مثال ذلك دعوات العامة والغناء تشكيل أواخر الكليات... إلخ).

إن أبسط مبادئ الوفاء للأم - اللغة مبدأ يتبعه جميع أبناء اللغات الأخرى حتى بات هذا المبدأ من المسلّمات ومفاده أن «على الأبناء أن يتلقوا تعليمهم بلغتهم الأم»، دون أن يعني ذلك عيشهم بمعزل عن بقية اللغات وعزوفهم عن تعلّمها والتعامل بها.

ولكي نكون أكثر وضوحاً فإننا ندعو إلى المقارنة بين المجلة المغاربية للطب النفسي وبين المجلات

الاختصاصية الأسيرة المواضيع . فالأولى تصدر باللغة الفرنسية لكنها تناقش مواضيع مغربية صميمية . في حين تصدر الأخرى باللغة العربية وغالباً بأقلام باحثين عرب لكنها تناقش مواضيع لا تمت إلى واقعنا الميموش بصلة . بحيث نرى في النموذج الأول منيراً للتخاطب عبر الحضاري بينما يشكل النموذج الثاني شكلاً من أشكال التبعية والأسر العقلي .

من هنا القول إن عصر الاتصالات سيحوّل مشاريع النقاء الثقافي إلى مشاريع منسجمة مع دعوات التطهير العرقي والديني . فهذا النقاء يقتضي عزلة لا يسمع بها عصر الاتصالات تلك التي لا يمكن مواجهتها إلا من خلال جهاز يقيم متين في مرونته .

على هذا الأساس كانت دعوة الداعين إلى تعريب العلوم وتدرسيها باللغة العربية ، وعلى هذا الأساس كانت مساهمات مجلة الثقافة النفسية في تعريب العلوم النفسية ، على أن يكون ذلك خطوة على طريق دعم القيم التي تمثلها الأم - اللغة . هذه الخطوة هي حق من حقوق العربية لأنه حق تمارسه كل لغات الأرض من اليابانية إلى العبرية . فهل من خلفة تقديمها إلى مجتمعاتنا وهل من دعم لشخصيتنا وهل من أمل في المساهمة في إثراء مجتمعاتنا عن طريق تطبيق اختبارات وأدوات بحث معدة لبيئة ولظروف غير بيتنا وظروفنا ، بحيث يعطينا تطبيقاتها نتائج مجالي الواقع وتحدى المنطق ؟ من هنا ضرورة تعديلها وتطويرها وفق ظروفنا كي تتمكن من استخدامها للوصول إلى نتائج موضوعية ومنطقية ، وهذه العملية هي التعريب . فإذا ما تم هذا التعريب فإن الترجمة تصبح من الأمور الثانوية . إذ لا مانع لدينا من تطبيق اختبار معرّب باللغة الفرنسية إذا كان المبحوث فرانكوفونياً - عربياً . لكن موانع عديدة ستعترض أنواعاً خاصة من الفرانكوفونية والأنجلوفونية . مثال ذلك أن نطبق الاختبار المعرّب بالعربية مع مبحوث يتقن العربية ثم نعود لترجم جميع هذه المعلومات إلى لغة أجنبية . ففي هذه الحالات تكون هذه الترجمة هدراً لا طائل تحته .

إن أجواء الواقع الثقافي العالمي لم تعد تقبل الانغلاق الفكري والثقافي واللغوي وهي تميل إلى فرض واقع عالمي عبر حضاري يترك لكل ثقافة مسؤولية الحفاظ على هويتها وخصوصيتها . من هنا كانت مسؤولية الاختصاصيين النفسيين العرب مسؤولية كبيرة للمساهمة في الحفاظ على خصوصية الشخصية العربية ودعم توازنها وترسيخ علاقاتها بأمة اللغة ، بما في ذلك إصلاح ذات البين بين هذه الأم وأبنائها عن طريق إفهامهم بأن الأمهات اللبيلات لا يعترفن بخصوصية ولا هن يعرعن حرمة هوية ، إلا هوية وخصوصية أبنائهن . إنها دعوة إلى احترام كل اللغات بعيداً عن الرهاب وعن الملح .

٦ - العرب بين الارهاب والبحث العلمي

في كتابه قراصنة وأباطرة يذكر العالم نوام تشومسكي رواية قبض الاسكندر على أحد القراصنة ومحاكمته له وسؤاله عن سبب اعتراضه للناس . في دفاعه يجيب القرصان : أنا أعترض السفن وأنت تعترض العالم ، أنا أرهب الأشخاص وأنت ترهب الشعوب . ويعد هذه الرواية يستخلص المؤلف أن تهمة الإرهاب توجه اليوم إلى الأمم الأضعف في حين يتم التناضح عن إرهاب الأقوياء .

والواقع أن لهذه المواقف المتناقضة من مفهوم الإرهاب مبرراتها وأسبابها الموضوعية . فلو أخذنا

مثلاً مسألة الإرهاب الصهيوني نجد أن هذا الإرهاب قد وجد تغطيته من خلال خطة مدروسة علمياً بشكل فائق الدقة، حتى تحول الإرهاب إلى مجرد دفاع عن النفس ومحاولة لحفظ النوع والاستمرارية. فلدى مراجعتنا لأبحاث علم نفس الحروب والكوارث نلاحظ أن السواد الأعظم من هذه الدراسات يتمحور حول موضوع معاناة اليهود من الأسر النازي ومن ثم حول معاناة المتعرضين للإرهاب العربي! وبهذا تمت تغطية مذابيح دير ياسين وغيرها من المذابح الصهيونية السابقة واللاحقة.

مثال ذلك ما أذاعه الراديو الإسرائيلي صبيحة أحد أيام حرب الخليج وكان خيراً مفاده أن كهلاً إسرائيلياً قد توفي نتيجة للإرهاق والشدة الناجين عن الخوف من تعرض بلاده للقصف فأصيب بذبحة قلبية وتوفي. ومثال آخر يتجلى في دراسة نشرت بعد مضي عشرين عاماً على نهاية الحرب العالمية الثانية وفيها أن معاناة الأسر النازي قد أدت إلى إصابة بعضهم بمرض الهرم المبكر. وهنا تتساءل عن عدد اللبنانيين الذين توفوا بسبب إرهاب وشدة الحروب التي دامت سبع عشرة سنة وتحملتها آلاف الانفجارات (السيارات المفخخة والقذائف والقصف... إلخ). لقد فشلنا نحن اللبنانيين في عرض معاناتنا سواء على صعيد الدراسات الطبية والنفسية والاجتماعية كما على صعيد الإبداع الأدبي والفني. ومن هنا ظن الآخرون أننا لا نعاني وحاسبونا كشعب على عدد من ردود الفعل المحدودة صنفوها في خانة الإرهاب.

وبومها صُنِّف الشعب اللبناني بأسره في هذه الخانة حتى لم يعد اللبناني قادراً على الحصول على تأشيرة دخول إلى معظم بلدان العالم. وهذا الوضع يمتد إلى الكوارث العربية كافة. فنتحن لا نجد أية دراسة علمية تتناول الناجين من الطائرة الليبية التي أسقطتها إسرائيل أو الناجين من زلزال أغادير أو من الحروب العربية - الإسرائيلية والعربية - العربية أو من كارثة الاجتياح الإسرائيلي للبنان عام ١٩٨٢... إلخ. وأمام هذا الغياب المؤسف للدراسات الكارثية العربية بدا وكأننا لا نعاني من وقع الكوارث حتى وصلت الصفاقة بأحد الباحثين الصهاينة إلى القول بأن العرب لا يعقلون الكوارث بشكل جيد لأنهم يلجأون إلى التسليم!!

عند هذا الحد نود التأكيد على التزامنا بحدود الموضوعية العلمية الخالية من المواقف المسبقة ومن استباحة العنف. ومن هذا الموقع نقول إن تحضر الإنسان جعله يرتقي ويتسامى في عواطفه وفي ممارساته وجعل للمشاركة الإنسانية صداها وتأثيرها بحيث تميزنا وتبهر عواطفنا تلك الأفلام التي تعرض لمعاناة اليهود في غيبت الاعتقال وذلك على الرغم من مضي الوقت على هذه المعاناة (لم يعد من الضحايا من هو على قيد الحياة) وعلى الرغم من أن أبناءهم يرتكبون المجازر بحقنا. وهنا تتساءل ماذا فعلنا نحن العرب في سبيل عرض معاناتنا وكوارثنا؟ وهل نتوقع من الآخرين إتفاق الأموال والخبرات على عرض كهذا لم أننا نتوقع من الرأي العام العالمي أن يتخيل كوارثنا ومعاناتنا من خلال أخبارها في الصحف العالمية والتي لا تتجاوز بضعة أسطر؟

بل ماذا فعلنا من أجل أنفسنا ومن أجل صحتنا؟ هل درسنا هذه الكوارث وسجلنا آثارها حتى نتحاط لها في حال تكرارها؟

ليس قصداً من خلال هذه التساؤلات تحويل الصراع السياسي إلى الميدان العلمي. فنتحن لا نقصد الدخول في مبارزة مع الآخرين، بل إن جل ما نقصده هو ضرورة الاهتمام بمعاناة إنسانتنا تمهيداً

لتحديد سبل وقايته وعلاجه إضافة إلى المساهمة في نشر معاناته على مشاعر المشاركة الإنسانية لدى الرأي العام العالمي فمارس بعض ضغوطاتها للحدّ من كوارثنا المصطنعة.

إن دارسي الكوارث يتكلمون عن نوع خاص من أنواع الشعور بالذنب الذي يتولد لدى الناجين من الكوارث والصدمات النفسية. وما أحرانا بمثل هذا الشعور اليوم ونحن نرى صعوبة الاستمرار التي تواجه مجتمعنا العربي المعاصر. انطلاقاً من هذه القناعات عمل مركز الدراسات النفسية على القيام بدراسات حول الكارثة اللبنانية وانعكاساتها النفسية والجسدية والاجتماعية. ومن هذه الدراسات ما تم عرضه على منابر أجنبية ومنها ما عُرض من خلال الكتب والمقالات والمحاضرات ونبدأ بـ:

أ - الأبحاث الأجنبية:

- ١ - تناثر السيارة المفخخة (بالفرنسية) - الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٨٨.
- ٢ - رسم الوقت في أوضاع الكارثة (بالفرنسية) - المؤتمر الدولي للطب النفسي، ١٩٨٩.
- ٣ - الحرب والمجتمعات النامية (بالإنجليزية) - مجلة الجمعية النفسية المصرية، ١٩٨٩.
- ٤ - الآثار النفسية والبيكوبيرية والبيكوسوماتية للأحداث الصدمية - نموذج صدمات الحرب اللبنانية - الأكاديمية المصرية، ١٩٩٠.

ب - الكتب المنشورة:

- ١ - دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، طرابلس، منشورات مركز الدراسات النفسية في ٣ طبعات: ١٩٨٥، ١٩٨٧، ١٩٩٤.
- ٢ - الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث - مجموعة من الباحثين - بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩١ (وهو يتضمن ترجمة للاختبارات النفسية المستخدمة في فحص الصدمة).
- ٣ - الحرب اللبنانية، أمراض نفسية وآفات اجتماعية، منشورات مركز الدراسات النفسية، ١٩٩٤.

ج - المقالات المنشورة:

- ١ - «دور الحرب في زيادة نسب الإصابات بالذبحه القلبية»، نداه الشمال - آذار ١٩٨٥.
- ٢ - «أمراض الحرب اللبنانية»، النهار العربي والدولي في ١٣ تموز ١٩٨٦.
- ٣ - «الشباب في مجتمع الحرب اللبنانية»، اللواء في ١٠ شباط ١٩٩٠.
- ٤ - «عوارض السيارة المفخخة»، الأنوار في ٢٩ أيلول ١٩٩٠.
- ٥ - «المراة اللبنانية بين الحرب والأسرة»، الأنوار في ٢٧ تشرين الثاني، ١٩٩٠.
- ٦ - «مستقبل الشباب اللبناني»، الاتحاد الطلابي في ٢٩ تشرين الثاني، ١٩٩٠.
- ٧ - «الحرب والمجتمعات النامية»، الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠.
- ٨ - «رسم الوقت في أوضاع الكارثة»، الثقافة النفسية، العدد الثاني، ١٩٩٠.
- ٩ - «أزمة الشباب المحارب في لبنان»، الثقافة النفسية، العدد الثامن، ١٩٩١.
- ١٠ - «الامن الاجتماعي والانصهار الوطني»، الثقافة النفسية، العدد التاسع، ١٩٩٢.
- ١١ - «عصاف الحرب اللبنانية»، الثقافة النفسية، العدد العاشر، ١٩٩٢.

١٢ - ضرورة تعديل التصنيفات الدولية للاضطراب الصلبي، الثقافة النفسية، العدد العاشر، ١٩٩٢.

١٣ - وعصاب القلق في العيادة اللبنانية، الثقافة النفسية، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.

بعد هذا العرض نقف لتساءل عن مدى فعالية مثل هذه الجهود المحلية وعن مساوئ انعدام وجود الدراسات التكاملية على مستوى العالم العربي ككل. فما هي حال الناجين من كارثة الطائرة الليبية التي أسقطها الطيران الإسرائيلي؟ وكيف يعيش مهاجرونا الذين هجرهم الفقر؟ وما هو مستوى اللياقة النفسية لدى الذين شهدوا كارثة إلقاء قنابل النابالم على مدارس الأطفال يوم كانوا هم أطفالاً وفقدوا بعض رفاق طفولتهم؟ وما هي آثار كوارثنا القومية الكبرى وانعكاساتها بالآلال المعنوي العام للشخصية العربية؟ بل ما هي حال هذه بعد نكبات ٤٨ و ٦٧ ومجازرها وحروب الخليج ولبنان والصومال... إلخ. إنه الجهل التام، فنحن لا نعرف سوى أننا متخلفون مستسلمون. فهل هذا صحيح أم أنه مجرد إجماع؟ على أية حال لماذا لا ندرس كوارثنا ونعيد تأهيل شخصيتنا القومية؟ بل ربما أفادتنا هذه الدراسة في تجنب بعض كوارثنا المستقبلية؟

٧ - العرب والبحث العلمي المشترك

إن دراستنا لقضية البحث العلمي - العربي المشترك لا تقتضي منا الغوص بعيداً في الماضي. إذ إن جذور هذا العمل تكاد لا تتخطى الستين عاماً. فقبل هذه الفترة كانت الدول العربية في معظمها تحت سيطرة الاستعمار. وبالرغم من حداثة هذه التجربة فإن هذه الفترة كان يجب أن تكون كافية لتخطي عدد من الإشكاليات التي لا تزال تعيق أي تعاون علمي عربي مشترك. ولكننا قبل أن نتحدث عن هذه الإشكاليات نود أن نستعرض التطور التاريخي للمؤسسات التعاون العلمي العربي وإنجازاتها.

١ - لمحة تاريخية:

إن العمل على توحيد الجهود العلمية العربية هو بحد ذاته خطاب قومي - سياسي. ومن الطبيعي أن يؤدي اختلاف سياسات الأقطار العربية إلى تعثر هذه الدعوة. ولكن ذلك لم يجل دون ارتفاع أصوات عدد من العلماء العرب ليؤكدوا على دورهم المتخصص وليدعوا إلى الفصل بين اختصاصاتهم وبين السياسة حتى يتمكنوا من تأدية دورهم. وعلى أية حال فإنه من غير الموضوعي تحميل الشقاكات العربية وحدها مسؤولية تعثر هذه الدعوة. فالأمر كان، ولا يزال في بعض نواحيه، كامناً في نقص الخبرات والإمكانات أكثر من أي سبب آخر. وجاءت جامعة الدول العربية لتلعب دوراً هاماً في امتصاص سلبية الشقاق السياسي ولتلمب دور المؤسس لعدد من المجالس العلمية العربية ولتقوم بالدعوة إلى عدد من المؤتمرات العلمية على صعيد العالم العربي. وباختصار شديد نعرض للإنجازات التالية للجامعة العربية: (١) قيام الإدارة الثقافية للجامعة بعقد تسعة مؤتمرات عربية استطاعت أن تناقش هواجس الباحثين العرب في حينه. ولقد عُقد آخر هذه المؤتمرات في القاهرة عام ١٩٦٩. ثم توقفت هذه المؤتمرات بعد قيام: «المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم» (ظهرت في مطلع

السبعينات). ولقد اندمجت الإدارة الثقافية للجامعة (ومؤتمراتها) في هذه المنظمة. وبدأت المنظمة نشاطها بسلسلة من المؤتمرات المخصصة لوزراء العلم ورؤساء أجهزة البحث العلمي في الدول العربية. وعُقد المؤتمر الأول في بغداد عام ١٩٧٤ ثم توقفت هذه المؤتمرات؛ ٢) يجب ألا يفوتنا التذكير بجهود «مكتب العلوم والتقنيات» بالأمانة العامة للجامعة، وبخاصة «الندوة العربية في موضوع التلوث البيئي» التي عقدت عام ١٩٧٢ (كان المكتب قد تأسس في نهاية الستينات)؛ ٣) «إدارة النفط»؛ ٤) «مركز التنمية الصناعية العربية» (١٩٦٩)؛ ٥) «المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم» - أليسكو (السابقة الذكر) وهي تكاد تنقسم إلى ثلاث منظمات مختلفة (ربما كان من الأفضل تكريس هذا التقسيم).

عن طريق هذا العرض المقتضب لإنجازات الجامعة العربية نلاحظ أنها قد نجحت في وضع أسس التعاون العلمي العربي المشترك. وذلك بالرغم من العثرات والانتقادات العديدة الموجهة إلى هذه الإنجازات، وفي طليعة هذه الانتقادات عجز هذه المنظمات العلمية عن تحقيق فرائدها واستقلاليتها بالرغم من توافر وحدة اللغة والثقافة والهدف.

٢ - عثرات التعاون العلمي العربي:

إذا ما أردنا قياس الأمور بنتائجها فإننا نجد أن منظمات التعاون العلمي العربي لا تزال عاجزة عن استعادة واستيعاب العلماء العرب العاملين في الخارج. بل إن هذه المنظمات لم تنجح في الحد من هجرة أدمغة عربية جديدة. ونحن إذا كنا نتجنب التوسع في موضوع العثرات، فلأننا لا نملك المعلومات الكافية لتحديد حجم أضرار كل منها تحديداً موضوعياً، ولأننا لا نرغب في الخوض في الوجه القومي - العلمي لهذا التعاون. وإنما تقتصر تحديداً على الوجه القومي - النفسي. وفي استقصائنا لعثرات التعاون العربي في هذا المجال نعود إلى المؤتمر الدولي الأخير للطب النفسي (١٩٨٩)، ومن خلاله نستخلص ما يلي:

(أ) - نقص الخبرات: قياساً إلى عدد سكان الدول العربية، وبالتالي إلى الحاجات الفعلية، فإن عدد الأطباء العرب المشاركين كان هزئياً إلى حدٍ يدعو للتساؤل.

(ب) - مواضيع البحث: إذا ما استثنينا أعمال الأطباء العرب العاملين في الخارج أو المشاركين في أبحاث أجنبية فإننا نلاحظ أن هاجس الأطباء العرب لا يزال محصوراً في تأمين سبل الوقاية والتعليم وتقديم المساعدات الأولية للمرضى، بما يعكس نقصاً هائلاً يزداد أثره بسبب فردية الجهود المبذولة وعدم تنسيقها داخل القطر الواحد.

(ج) - القصور التقني: إن نقص إمكانيات شركات الدواء العربية (تعمل غالبيتها في تعبئة الدواء لا صنعه) يجعل هذه الشركات عاجزة عن المساهمة في برامج بحث علمية على غرار البرامج التي تنظمها الشركات الأجنبية. ومن هنا فإن هذه الشركات كانت عاجزة عن إيفاد باحثين يمثلونها ويعرضون أبحاثها. وقس على ذلك بالنسبة للشركات المنتجة للالات وغيرها.

(د) - غياب الاتصال: استغلت الجمعية العربية للطب النفسي مناسبة وجود الباحثين العرب في مؤتمر أثينا كي تعلن عن مؤتمرها (أقيم في صنعاء في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٩). ولم يكن مستغرباً

أن غالبية الحاضرين في المؤتمر لم يكونوا على معرفة بهذا المؤتمر. بل إن البعض منهم كان يجهل وجود الجمعية العربية للطب النفسي أساساً. وهذا يمكننا أن نتصور الصعوبة التي تحيط بعمل القائمين على هذه الجمعية. وهنا نتساءل هل هذه الجمعية قادرة على إصدار دورية خاصة بها؟ وهل هي قادرة على نشر وقائع مؤتمراتها والأبحاث الملقاة فيها؟ وهل هي تملك الإمكانيات اللازمة لقيادة الأبحاث؟... إلخ من الأسئلة التي تمتع عن إعطاء الأجوبة عليها لأننا فعلاً نجهلها!

(هـ) - الجمعيات النفسية العربية: لقد كان حضور المؤتمر من قبل الباحثين العرب، حضوراً شخصياً في معظمه. بل إن معظمهم قد حضر على نفقته الشخصية وبصورة إفرادية.

٣ - مقومات البحث النفسي العربي:

وفي مقدمة هذه المقومات كون هذا الميدان، على عكس الميادين التقنية، لا يتطلب المختبرات الباهظة التي قد تمجز بعض الدول عن تأمينها. إذ إن كلفة البحث النفسي كلفة متدنية. كما أن الأبحاث النفسية لا تعتبر من الأسرار الخاصة بالدول (باستثناء علم النفس السياسي والعسكري)، وبالتالي فإن إمكانيات التعاون مع مراكز البحث الأجنبية هي إمكانيات واردة ومتوافرة. وعلى هذا الأساس فإنه من غير المنطقي الاستمرار في تجاهل هذا الميدان خاصة وأننا نملك مواده الأولية. فاللادة الأولية لأي بحث نفسي هي الإنسان. والأبحاث النفسية هي من الميادين العلمية القليلة التي لا تزال تملك إمكانية خوضها والتفوق في مجالها.

٤ - الخطوات العملية للتعاون النفسي العربي:

لقد عكست مجلة الثقافة النفسية طموح هذا التعاون وحاولت تكريسه ضمن الإمكانيات المحدودة لمركز الدراسات النفسية الذي يصدرها. ولكن المؤسسة العلمية الوحيدة القادرة على تحقيق هذا الطموح هي المدرسة العربية لعلم النفس والطب النفسي. وعلى هذا الدرب، تضافرت جهود عربية عديدة بدأت مبعثرة ومتفرقة ثم سعت إلى التكامل. من هذه الجهود نذكر:

أ - الجهود ذات المنحى التوثيقي - أنظر الفقرة العاشرة في هذا الفصل: ونحو مشروع قومي لتوثيق البحوث النفسية.

ب - الجهود الصحافية المتخصصة: حيث تمكن الاختصاصيون العرب من تأسيس عدة مجلات متخصصة وتأمين الاستمرارية لهذه المجلات.

ج - الجهود التكاملية: وتتجلى على الصعيد القطري بالجمعيات المحلية ومراكز الأبحاث الجامعية، وعلى الصعيد العربي بالجمعيات والاتحادات عبر العربية التي تفتح أبوابها أمام الاختصاصيين من كل البلدان العربية - ولنا عودة إلى هذه الجهود في الفقرة التالية من هذا الفصل. أما عن نتائج هذه الجهود على الصعيد العملي فهي قد تجلت بعدد من التحركات العربية الجامعة أثمرت عقد عدد من المؤتمرات العربية، والتي أسفرت عن قيام مؤسسات جامعة لعل أحدها الاتحاد العربي لعلم النفس المنبثق عن المؤتمر العربي الرابع الذي عقد في القاهرة العام ١٩٩٤.

ومن الخطوات الجامعة في هذا الميدان نشر أيضاً إلى انفتاح المجلات النفسية العربية على الزملاء

العرب في الأقطار الأخرى، وإقبالها على نشر أبحاثهم بعد أن كادت كل مجلة، أو وسيلة نشر، تحصر اهتمامها بأساتذة البلد الذي تصدر فيه. كما لا بد من الإشارة أيضاً إلى الدور الذي لعبته بعض المجلات الفكرية، والمتخصصة في العلوم الإنسانية، في نشر البحوث النفسية متيحة للاختصاصيين العرب فرص النشر والتعارف.

ولعل هذه التحركات العملية الجامعة تجد أسسها النظرية في تبادل الآراء بين الاختصاصيين العرب حول ضرورات التعديل والتقنين قبل استخدام الاختبارات والمتطلقات العيادية (من تشخيصية وعلاجية وإنذارية) في عيادتنا العربية. فالأساس هو أن نتوصل إلى تعميم ما هو قابل للتعميم حتى نفيده منه، دون إهمال الأهم ألا وهو تمييز ما هو خصوصي وغير قابل للتعميم حتى لا نضرر منه.

من جهته بذل مركز الدراسات النفسية بعض الجهود المتواضعة على هذا الدرب، وهو ما ستحدث عنه بشيء من التفصيل في الفصل الثامن: «أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي».

٨ - الشخصية العربية بين القرد والسمة

درجت مسؤولية في برامج التنمية في الأمم المتحلة على رواية الحكاية التالية لموظفيها الجدد: وكان هنالك قرد شجاع وذو حمية. ورأى هذا القرد سمكة تسبح بعكس التيار فأثارت شغفته ودبت فيه الحمية فخاطر بالتعلق بغصن شجرة واحتال كي يطل الماء ويخرج السمكة منه وهو يظن أنه ينقذها من الغرق!.

أما عن عبر هذه الحكاية فتشرحها المسؤولة كما يلي: «إن الحساس والثنية الحسنة والرغبة الصادقة كلها لا تكفي إذا نحن لم نأخذ في الحسبان البيئة الملائمة والمناسبة للتنمية. وهذا يعني أنه ليس بمقدورنا تعميم الحلول فهذه قد تنجح في مجتمع وتفشل في آخر. فالحل الذي يلائم القرد لا يلائم السمكة، وما اعتبره القرد بطولة كان جريمة بحق السمكة».

المؤسف أن نفوذ هذه المسؤولة محدود بحيث يعجز عن وقاية الدول النامية من أخطار الحلول الجاهزة. ولكم نود أن تعمم هذه الحكاية وتروى لأولئك الذين يقومون بالشخصية العربية من خلال معاييرهم الخاصة، ولتلك العقول الأسيرة التي تحاول نقل حلول ونظريات دون إدراك لخلفياتها الفكرية ودون إدراك لكثرة حكاية السمكة التي تحتاج لتحسين مواصفات المياه التي تعيش فيها وليس لإخراجها من الماء. هذا التحسين يجب أن يكون هدفاً لجميع خطاباتنا التوضيحية ومنها طروحات حول تعريب العلوم الإنسانية وعلم النفس من بينها. فمن الصحة بمكان أن تختلف هذه الطروحات حول تصورنا للإنسانية وعلم النفس من بينها. فمن الصحة بمكان أن تختلف هذه الطروحات حول تصورنا لمواصفات المياه الملائمة للسمكة وحول الأمراض وليس بالاختلاف على المكان الذي نضع فيه السمكة بعد إخراجها من الماء! فإذا ما حاولت السمكة العودة إلى الماء فإن من واجبنا احترام رغبتها في هذه العودة واعتبارها علامة حياة وليس دليلاً على الجنون والرغبة بالانتحار. فهل تملك القرد الرقي الكافي لاحترام هذه الرغبة والتعامل معها؟

والواقع أن العقد الأخير قد شهد تكريساً لاحترام الظروف الموضوعية للبيئة العربية وخاصة لجهة

انزها على صعيد القدرات التكيفية للإنسان العربي. وكانت العلوم النفسية هي المدخل إلى هذا الاحترام حيث برز من علمائنا عدد من مالكي القدرة والمستوى لمحاورة الفروود وإقناعها بخصوصية حاجات السمكة والظروف البيئية التي تحتاجها. وفي طليعة هؤلاء نذكر الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي الذي طرح الشخصية العربية للنقاش مميزاً بين حاجاتها وحاجات الآخرين وداعياً إلى الاستجابة لهذه الحاجات وعدم الضياع في خضم عبثية دراسة مشاكل الآخرين وحاجاتهم. وكذلك الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام الذي يدع إلى إدراك أثر البيئة في ترسيخ بعض المعتقدات، متعددة الأبعاد، على تكوين الشخصية العربية. فيعارض التقسيم الدولي العاشر للأمراض لكونه ينظر إلى هذه المعتقدات وكأنها علائم فصامية. وهذا الموقف يستحق الإكبار والوقوف طويلاً عند الفكر الكامن خلفه والذي يتطلب الترسخ كمدرسة وليس كمجرد تيار فكري. وفي هذا السياق علينا ألا نهمل جهود علماء آخرين مثل الدكتور فريد عكاشة (أي طب نفسي لبلد نام؟) ود. أحمد درويش (تتأخر الزوجة الأولى) والأستاذ الدكتور أحمد محمد عبد الخالق في جهوده نحو تعريب الاختبارات النفسية حيث يشاركه في هذه المهمة الثقات من باحثينا. وكذلك الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة الذي يمثل المنطقة في الجمعية الدولية للطب النفسي إضافة إلى مهامه وجهوده الأخرى وتطول القائمة.

والأهم من ذلك كله قدرة اختصاصيينا على تخطي مبدأ المجموعة والتيار العلمي الفكري إلى مرحلة أكثر تطوراً وهي مرحلة المؤسسات وأهم هذه المؤسسات تلك الجامعة لجهود الاختصاصيين العرب. ويهمن أن نذكر:

١ - اتحاد الأطباء النفسيين العرب ويرأسه الأستاذ الدكتور عدنان تكرتي ويصدر المجلة العربية للطب النفسي. وهي وسيلة تخاطب عبر حضارية غير ذات سابقة. وفيها من الأبحاث ما يبشر بإرساء دعائم مدرسة عربية للطب النفسي.

٢ - الاتحاد العربي لعلم النفس، وقد دعا المؤتمر العربي الأول إلى إنشائه.

٣ - الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية ويرأسها الأستاذ الدكتور أسامة الرازي. وهي تصدر مجلة النفس المطمئنة التي يرأس تحريرها أ.د. جمال ماضي أبو العزايم.

٤ - المراكز الجامعية للتواصل مع الاختصاصيين العرب ومنها:

أ - مركز دراسات الطفولة - جامعة عين شمس ويرأسه أ.د. عادل صادق.

ب - مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس ويرأسه أ.د. عادل الأشول.

ج - مركز مواقف الطفولة - جامعة الأزهر ويرأسه أ.د. فاروق محمد صادق. ويصدر مجلة مواقف الطفولة.

٥ - الجمعيات النفسية القطرية الساعية إلى التكامل ونعرف منها:

أ - الجمعية المصرية للدراسات النفسية ويرأسها أ.د. فؤاد أبو حطيط. وتصدر الكتاب السنوي.

ب - جمعية للصحة النفسية ويرأسها أ.د. جمال ماضي أبو العزايم.

ج - رابطة الأخصائيين النفسيين في مصر و يرأسها أ.د. صفوت فرج. وتصدر مجلة دراسات نفسية.

د - الجمعية المصرية للطب النفسي و يرأسها أ.د. أحمد عكاشة.

هـ - الجمعية النفسية البينية و يرأسها د. حسن قاسم خان. وهي تصدر مجلة الصحة النفسية.

و - الجمعية الأردنية للتأهيل النفسي و يرأسها د. وليد سرحان.

بعد هذا الاستعراض الموجز لتقنين جهود الباحثين العرب وتوجيهها نحو العمل الجساعي - المؤسسي نود أن نستعرض نتائج هذا التقنين التي تمخضت عن النتائج التالية:

أ - عقد خمسة مؤتمرات لاتحاد الأطباء النفسيين العرب كان آخرها في المغرب في تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٢.

ب - عقد تسعة مؤتمرات للجمعية المصرية للدراسات النفسية كان آخرها المؤتمر العربي الأول لعلم النفس.

ج - عقد ندوة جتوج الأحداث في اليمن للجمعية النفسية اليمنية.

د - عقد مؤتمر الطفولة في الإسلام لجامعة الأزهر.

هـ - عقد مؤتمرات عدة للإدمان في مختلف أنحاء العالم العربي.

و - عقد مؤتمر «نحو علم نفس عربي» لمركز الدراسات النفسية - طرابلس (لبنان) في كانون الثاني/ ديسمبر ١٩٩٢.

والواقع أن مجمل ما استعرضناه يتعلق فقط بما وصلت إلينا أخباره من هذه الجهود. وهذا يطرح الصعوبات التواصلية الشائعة التي تواجه تكامل الجهود في الميدان المعني. وهذه الصعوبات هي التي طرحت ضرورة إعداد الدليل النفسي العربي في عداد توصيات المؤتمر الأول للثقافة النفسية. وانسجاماً مع قصة القرد والسمة نجد أن من واجب الاختصاصيين كالأفراد أن يترثوا قبل اعتمادهم الحلول الجاهزة. ومن واجبهم أيضاً أن يسجلوا مواصفات المياه الأنسب لحياة السمة وأن يبذلوا الجهود لإقناع القرد بأن مساعدتها لا تعني إخراجها من الماء.

ويتكامل هذا الواجب الفردي من خلال اجتياح جهود الاختصاصيين العرب وتنظيمهم للدراسات عبر الحضارية والمساهمة في القائم منها، بما يتيح لهم تقديم تعريف إجرائي لخصوصيات الثقافة العربية وخصات هذه الخصوصيات على شخصية الفرد العربي في سوائه وفي مرضه. وهذا التعريف الإجرائي لا يجد الاعتراف به إلا من خلال المشاركة في المقارنات عبر الحضارية، أي من خلال الانغلاق وليس من خلال الانغلاق.

٩ - نحو استراتيجية قومية للدواء النفسي

سبق لمجلة الثقافة النفسية أن أثار هذا الموضوع في أكثر من مناسبة وبعده وسائل علمية وإعلامية ولكننا نعيد طرحه اليوم بتركيز أكبر، تدفعنا إلى ذلك واقعة شهدناها وعيناها شخصياً. فقد

حضرنا ندوة طبية عرض فيها أحد الاختصاصيين الأجانب تجربته مع أحد الأدوية الجديدة التي تقتضي نظاماً غذائياً خاصاً لدى استعمالها. مفاجأة الندوة بل قل كارتشها تمثلت بالسؤال الذي وجهه أحد الاختصاصيين العرب، بل لنقل الاستعراض لأن ما قاله لم يكن سؤالاً بل عرضاً لتجربة فريدة من نوعها. قوام هذه التجربة كان إعطاء ثلاثة أدوية متشابهة المفعول في آنٍ معاً ولمريض واحد. أما الدواء الأول فكان هو موضوع الندوة واستعماله يتعارض مع استعمال الدوائين الآخرين، إضافة إلى كونه جديداً مما يقتضي الحذر والتأكد من آثاره الجانبية المحتملة. أما الدواء الثاني فقد سبق للشركة تسويقه مرات عديدة مع تغيير وجهة استعماله في كل مرة. فهو معقّل مرة ومهدئ مرة أخرى ومضاد للفصام مرة ثالثة وهكذا دواليك حتى تغيرت وجهة استعماله خمس مرات خلال خمس سنوات ومع ذلك لا يزال الدواء مسوّقاً عندنا. هنا نأتي إلى الدواء الثالث الذي أظهرت الأبحاث أنه تسبب في تشجيع الميول الانتحارية لدى ٥٦٠٠ مريض إضافة لعدد مماثل من المرضى ممن عانوا مضايقات من نوع آخر بسبب هذا الدواء.

لقد استعمل زميلنا هذه الأدوية مجتمعة لدى مريض واحد وهو قد كرر هذه التجربة حتى تمكن من مناقشة المحاضر بالقول: إن الدواء الذي تعرضه يتسبب في المشاكل إذا ما استعمل مع الدوائين الآخرين!

الزميل الأجنبي كان مهلباً فاجاب: وليست لدي معلومات عن تجارب مشابهة!!

بلورنا لم نتعرض لهذا الزميل ولكن فلسفته العلاجية طرحت في ذهننا مجموعة معقدة من الأسئلة، التي تتوالى كالسيل الجارف في مثل هذه المواقف، ومنها:

١ - عندما نستعمل ثلاثة أدوية مجهولة الآثار [عل الأقل، غير محددة الآثار بدقة] ويحدث أن يصاب المريض بمكره ما، كيف نستطيع عندها معرفة الدواء - السبب؟.

٢ - كيف نسمح لأنفسنا بهذا الجمع بين أدوية تدور حولها الشبهات. وإذا كنا نسمح بذلك (بسبب الجهل أو لأي سبب آخر) فما هي الضوابط التي تحمي المريض؟.

٣ - ما هي القوانين والضوابط التي تحمي المريض العربي من جشع بعض شركات الأدوية؟ خصوصاً وأن بعضها لا يزال يسوّق، في الدول العربية، أدوية سُحبت من أسواق الدول المنتجة منذ سنوات!

٤ - هل توجد دراسات تتحرى مبادئ اختصاصيين وأسلوبهم في انتقاء الأدوية لوصفها كعلاج؟ ومعنى آخر هل يتمحور وصف الدواء حول الدعاية التسويقية للأدوية؟

٥ - عندما يتعرض المريض الأجنبي لأذى الدواء فإنه يلجأ إلى القضاء مطالباً بالتعويضات التي قد تصل إلى حدود المليون دولار أو يزيد. فهل يحصل مثل ذلك في حالة المريض العربي؟ أساساً هل يعي هذا المريض العلاقة بين الدواء وبين الأذى؟

٦ - هل تخضع وصفات الأدوية النفسية للرقابة؟ فإذا ما خضعت لها فما هو موقف الرقابة من الوصفة التي تجمع بين هذه الأدوية؟ وهل يمكن لهذا الموقف أن يتناسب مع مخاطر هذا النوع من الجمع بين الأدوية طالما أن هذه الأدوية مسوقة ومقبولة بصورة شرعية؟

٧ - ما هي معايير وشروط قبول إدخال الدواء والساح باستعماله؟ وإذا كانت هذه كافية فما هي الطريقة لإعادة النظر بهذا الساح إذا ما ثبت إضرار الدواء بالمرضى؟

٨ - هل يوجد تنسيق عربي على هذا الصعيد؟ فإذا كان موجوداً فعل أي المستويات؟

٩ - هل تبقى هذه الأسئلة في إطار المشاكل الطبية أم أنها تحولت سلفاً إلى سياسية؟

١٠ - بعد كل ذلك كيف يمكننا إقناع المريض بضرورة العلاج الدوائي وهو يخشاه بطبعه وبسبب محيطه وما هو يخشاه بالتجربة أو على الأقل بالوقائع الإحصائية الدامغة؟

تطول قائمة هذه الأسئلة ويتنامى سيلها فتتوقف عن طرحها بتسلسل الأفكار التي تنداعى في سياقها، حتى تنتقل إلى محاولة تحري وجوه هذه الأزمة ومناقشتها واقتراح الحلول لها ومن ثم طرحها للمناقشة مع قرائنا، وعن طريقهم مناقشتها على صعيد المؤسسات الاختصاصية التي يتمون إليها. ونبدأ بـ:

١ - الأدوية المريبة:

إن الريبة هنا نسبية وهي على درجات تختلف باختلاف أضرار الأدوية التي نقترح تقسيمها إلى الفئات التالية:

أ - أدوية ثبتت أضرارها فتم سحبها من أسواق الدول المنتجة ودول عديدة أخرى ولكنها لا تزال مسوقة في أسواق بعض الدول العربية. فإذا كنا عاجزين عن إحصاء أدوية هذه الفئة بالدقة المطلوبة فإننا لا نجد ضيراً من تعداد ما نعرفه من هذه الأدوية وهي: النومييسين (Merital) والتريتوفان Tryptophane والـ Halcion وغيرها.

ب - أدوية أعيد تسويقها بعد منع استعمالها وذلك بسبب ظهور مفعولات علاجية جديدة لها. مثال ذلك دواء Clozapine (Leponex) الذي سحب من الأسواق بسبب آثاره الجانبية وخصوصاً إمكانية تسببه بغيبية الكريات البيضاء. لكن هذا الدواء عاود الظهور في الدول المنتجة بعد ما أثبتت التجارب فعاليته في علاج بعض حالات الفصام المقاومة للعلاجات الأخرى.

ج - أدوية أثبتت فشلها في علاج ما اقترحت له من حالات. وهي لا تثير الكثير من الريبة لأن ضالة مفعولها العلاجي كفيلة بالحد من استعمالها. لكنها تحول إلى أدوية مثيرة للشكوك عندما تقوم الشركات المنتجة بتغيير جهات استعمالها من وقت لآخر. مثال ذلك ما حدث مع دواء الـ Caripramine الذي سوق في بداية الثمانينات على أنه دواء معقل ذو مفعول مضاد للفصام وخصوصاً التخشي. ثم ألغيت جهة الاستعمال هذه لصالح استعماله كمضاد لأعراض الانقطاع عن المخدرات. أيضاً ألغيت هذه وتم استبدالها باقتراح استعماله كمضاد للانهيار، وأخيراً ألغيت هذه أيضاً وأعيد تسويقها على أنه مضاد للعوارض الجسدية ذات المنشأ النفسي التي تسبب بدورها في تفجير الوسواس المرضية. وبما أن هذه الأخيرة واسعة الانتشار فقد عرف الدواء بصفته الأخيرة نجاحاً مغرباً ولكنه مثير للشكوك.

د - أدوية أثرت حولها شبهات حدثت من استعمالها في دول المنشأ ولكنها لا تزال مستعملة في

الدول العربية حيث الجهل التام بهذه الشبهات. من هذه الأدوية دواء ينثر شبهات تصل أخبارها إلى الصحافة الشعبية في الغرب حتى بات المواطن العادي يتحفظ على استعماله. ولكنه لا يزال موضع استهلاك في بلادنا والدواء هو الـ Fluoxetine (Prozac) الذي يشك بأنه شجع الميول الانتحارية لدى آلاف المرضى الذين استعملوه.

هـ- الأدوية الحديثة. وهي أقل الفئات إثارة للريبة إذ تؤدي حداتها تسويقها إلى إثارة انتباه الاختصاصي، مما يدفعه إلى مراقبة آثارها الجانبية مراقبة دقيقة.

٢ - السياسة الصحية - النفسية :

تختلف السياسة الصحية - النفسية باختلاف الدول وظروفها كما تختلف باختلاف الأنظمة والقوانين. إلا أن الدول العربية قد عملت على تغطية هذا الاختلاف عن طريق المؤسسة الجامعة ومجلس وزراء الصحة العرب. إن هذا المجلس يشكل اليوم السبيل الأوحى لإقرار سياسة دوائية موحدة جذرية باستيعاب الاشكاليات المطروحة أعلاه في خطوة نحو مشروع قومي متكامل يجد ملاحه في النقاط التالية :

أ - توزيع وتبادل المعلومات حول أخطار الأدوية وحول الأدوية التي تستدعي وقف الاستعمال والسحب من الأسواق.

ب - العمل على تدعيم التعاون العلمي العربي في ميدان الأدوية النفسية خصوصاً على الصعيد التالية :

- اختبارات الأدوية وفعاليتها ومضارها (بمنا هنا النفسية منها).

- الأبحاث الصيدلانية - النفسية.

- صناعة وتغليف الأدوية النفسية في الدول العربية.

- دراسة السوق العربية للدواء النفسي وإمكانيات اكتشافها ذاتياً.

ج - تشجيع ودعم المؤسسات الطبفسية الاقليمية والجامعة. ونذكر خصوصاً اتحاد الأطباء النفسيين العرب والجمعية العربية للطب النفسي والصحة النفسية (المقترح انشاؤها من قبل المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب). فهذه المؤسسات يمكنها تقديم المعلومات والاستشارات للمجلس. كما يمكنها تولي مشاريع والمساهمة في تنفيذها العملي - الميداني.

٣ - الدراسات الميدانية والاحصائية :

إن بداية حل هذه الاشكاليات تنطلق من المعطيات التي يمكنها المساعدة على تحديد استراتيجية قومية للدواء النفسي. لكن هذه المعطيات لن تتوافر إلا من خلال عدد من الدراسات الميدانية، ونقترح تحديداً الدراسات التالية :

أ) استراتيجية العلاج النفسي - الدوائي في العالم العربي: تتضمن هذه الدراسة استخباراً يحتوي على مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى أكبر عدد ممكن من الأطباء النفسيين العرب. وهي أسئلة متعلقة بالمعايير المتعلقة للمفاضلة بين الأدوية.

ب) صناعة الأدوية النفسية في العالم العربي: ونقترحها دراسة إحصائية تعمل على جمع المعلومات حول إنتاج الأدوية النفسية في العالم العربي.

ج) الإقبال على العلاج النفسي الدوائي: مواقف المريض وأهله.

د) الاستهلاك العربي للأدوية النفسية.

إن الدراستين الأخيرتين تقتضيان مساهمة المعاهد التعليمية وتعاون عدد من المؤسسات الصحية لإتمامها. كما أنها تشعبان إلى فروع متعددة يشكل كل فرع منها موضوعاً للدراسة مستقلة. لقد سبق لمجلة الثقافة النفسية أن أثارت عناصر هذه القضية من جوانب مختلفة. ولعله من الضروري دعوة الأطباء والصيادلة إلى مناقشة أساليب تحسين ممارسات وصف الأدوية النفسية.

١٠ - نحو مشروع قومي لتوثيق البحوث النفسية

تتحكم لياقة الفرد الجسدية بالمخطط العام لحياته، فهو يسلك في الحياة الدروب التي تتلاءم مع قدراته الجسدية التي يمكنها أن تتدن حتى تحرم الطفل من اللعب مع أترابه وحتى تحرمه مستقبلاً من انتقاء المهنة التي يشتهيها. وهذه اللياقة الجسدية لا يمكنها أن تنفصل عن اللياقة النفسية خاصة بعد ما أثبتته بحوث الطب النفسي عن العلاقة الوثيقة بين كل من التوازن النفسي والتوازن الجسدي للإنسان، بحيث بات الكلام رهنأً على اللياقة النفس - جسدية (النفسية) للإنسان.

وانخفاض مستوى هذه اللياقة إلى حدود معينة كفيل بتحويل الإنسان إلى معاق وبحرمان مجتمعه من قدرته ومن مساهمته. واللياقة النفسية بعيدة جداً عن محدودية التعريف بكونها نتاج علاقة الجسد بالنفس، فهذه اللياقة تحافظ على الوحدة الذاتية للإنسان، ومن هنا احترامها ومراعاتها لتأثير الشخص ببيئته الاجتماعية والثقافية والتربوية. حتى نلاحظ أن تراجع مستوى اللياقة النفسية يمكنه أن يتبد شكلاً وبائياً يصيب قطاعات واسعة في هيكلية المجتمع. مثال ذلك ما تحدثه الحروب والأوبئة والزلازل والمجاعات والتدهور الاقتصادي في مستوى اللياقة النفسية لدى الشعوب المتعرضة لهذه الأحوال، حيث نلاحظ تفشياً وبائياً للأمراض النفسية والسرطان والذبحة الصدرية وغيرها من الأمراض النفسية، إضافة إلى الشلل الاجتماعي واهتزاز جهاز القيم لدى سكان هذه المجتمعات.

عن هذا الواقع تفرع اختصاص الطب النفس الاجتماعي ليهتم أساساً بمستوى هذه اللياقة على صعيد المجتمعات، وليساهم في رسم معالم السياسة الصحية لها بهدف تجنب انحدار مستوى اللياقة فيها وصولاً إلى تحولها إلى مجتمعات معاقة. ولكن هذا الفرع يغيب في الدول النامية حيث ندرة الخبرات البشرية تجعلها عاجزة عن مواجهة المتطلبات العيادية البحتة. ولو نحن أخذنا مثلاً على ذلك الدول العربية لرأينا أنها تتعرض لسلسلة من الهزات والكوارث التي تصيب حدودها وهويتها ومستقبلها، حتى الحديث عن مجموعة من البراكين العربية المهددة بالانفجار في أية لحظة.

ولا بد لهذه التهديدات من أن تؤثر في مستوى اللياقة النفسية للمواطن العربي، بل إن تأثيراتها

تتال الشخصية العربية فتحدث فيها تغيرات صدمية لن يكون علاجها سهلاً عندما يمين وقت وعينا لاضطرابات هذه الشخصية .

وهكذا نلاحظ أن الطب النفسي لم يعد قادراً على التستر وراء الممارسة العيادية من منطلق حصر مسؤولياته الأخلاقية في علاج المرضى إذ إن المفهوم الحديث للاختصاص بات يتخطى الدور العيادي إلى أدوار الوقاية وتخطيط السياسة الصحية وإلى العلاج الجماعي الواسع وصولاً إلى المساهمة الفعالة في ترميم الشخصية القومية . وبهذا نصل إلى فروع الطب النفسي السياسي والعسكري . . . إلخ . ولكننا نعود إلى واقعنا فنجد عجز عيادتنا عن القيام بمسؤولياتها المباشرة أمام المرضى ، الأمر الذي يستتبع انعدام إمكانيات مساهمتها في مشاريع وبرامج أكثر طموحاً . فما هي الخطوات الواجب اتباعها لتجاوز هذا العجز وصولاً إلى تخطيه؟

١ - التعاون العلمي بين الاختصاصيين العرب :

تبتدى لنا أهمية هذا التعاون واضحة لدى استعراضنا للأزمات والمآزق الناجمة عن غياب . هذه الأزمات التي أعلنها الأستاذ الكبير يحيى الرخاوي في مقالة له نشرها مجلة العربي . حيث لخص الإشكالية بغياب التصنيف الذي يساعدنا على رؤية الاضطرابات النفسية في إطارها الاثني والاجتماعي الواقعي (أي العربي) . إذ إن اعتدنا للمعايير والتصنيفات الغربية بدفعنا إلى إغفال حقيقة معاشة مرضائنا لاضطراباتهم .

وهنا أعود بالذاكرة إلى المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي (أثينا - ١٩٨٩) حين عرض بعض اختصاصيينا حالات خاصة بالبيئة العربية ، وهذه الحالات غير موجودة في أي من التصنيفات الأجنبية . ومن هذه الحالات أذكر التالية :

١) اضطراب عقلي عابر في منطقة وسط الفرات - عبد القادر الشيعلي .

٢) تناذر الزوجة الأولى - أحمد درويش .

٣) تناذر السيارة المفخخة - محمد النابلسي .

وهذه الاضطرابات هي خاصة بالعيادة العربية إلا أن انعدام التعاون هو الذي يمنع تعميمها وإفادة العيادة العربية منها . من هذا المثال يتضح لنا أن غياب التعاون العربي في الميدان يؤدي إلى مجموعة مآزق نلخصها فيما يلي :

أ - إنعدام التنسيق المؤدي إلى بعثرة الجهود وإلى زيادة الاعتماد على مصادر المعلومات الأجنبية بسبب عدم القدرة على تنظيم المعلومات الناتجة عن تجاربنا الخاصة الأكثر تجانساً . ومن الأمثلة على ذلك مسألة تقييم فعالية الأدوية والساح باستخدامها حيث يؤدي انعدام التنسيق إلى اضطراب كل دولة عربية على حدة إلى إجراء الفحوصات والدراسات اللازمة . في حين أنه يمكن لمؤسسات مثل اتحاد الأطباء العرب أو مجلس وزراء الصحة العرب أن توجد هذا التنسيق لما فيه من توفير في الجهود ودقة في النتائج .

ب - صعوبات الاتصال التي تصل إلى حدود العجز عن معرفة عدد الأطباء والاختصاصيين النفسيين العرب فضلاً عن الاتصال بهم والتعرف إلى نشاطاتهم . ولقد خبرنا في مركز الدراسات النفسية هذه الصعوبة يوم دعا المركز إلى مؤتمر «نحو علم نفس عربي» (طرابلس - لبنان ١٩٩٢) ولم

يستطع أن يتصل باكثر من ١٠٪ من الاختصاصيين العرب.

ج - تشجيع الأسر العقلي الذي يتم عن طريق ترسيخ الشعور بالانعدام إمكانية الفعل لجهة ترسيخ الخصائص والمميزات عبر الحضارية للعبادة العربية . ولعل انعدام الأمل بقيام تعاون عربي في هذا المجال هو السبب الرئيسي المباشر لهذا الاحباط الذي يدفع بأطبائنا إلى تصنيف تناذر الزوجة الأولى في خانة الانهيار الارتكاسي وتناذر السيارة المفخخة في خانة اضطراب الشدة عقب الصدمة . وذلك لجهلهم بوجود دراسات تتناول خاصية هذه التناذرات وهيكلتها المرضية المميزة لها عن بقية الاضطرابات التي قد تشابهها على مستوى العوارض . وانعدام التعاون العلمي العربي هو الكامن وراء هذا الجهل . إذ نتاح للاختصاصي العربي فرص الاطلاع على المستجدات العالمية (دوريات علمية، نشرات، مؤتمرات، دعايات الأدوية . . إلخ) في حين يحرم من فرصة الاطلاع على مستجدات العبادة العربية وهذا ما يشجع الأسر العقلي.

د - الذوبانية التي تنجم عن مجمل الأسباب المعروضة أعلاه . فالطلب النفسي عبر الحضاري يقوم على مبدأ احترام الآخر وتمييزه وبالتالي تمايز معاشاته في صحته وفي مرضه . وعلى الرغم من اعتراف هذا الفرع بلهذه امورك (المجنون الراكض) فإننا نرفض أن نوقع أنفسنا بالنسبة للآخر ونصرّ على الذوبان فيه . وهنا لا بد من إعادة التذكير بالجمعية عبر الحضارية التي أسسها الأستاذ الدكتور محمد عثمان نجاتي والتي انفرط عقدها . إن الآخر مستعد للاعتراف بنا شرط أن نوقع أنفسنا بالنسبة له ونختل عن رغبتنا الذوبانية الطفولية . وعليه فإنه من العبث أن نتهم الآخر بمحاولة إلغائنا إذا كنا نحن الذين نلغي ذاتنا .

٢ - واقع المؤسسات والمراكز النفسية العربية:

تتأثر هذه المؤسسات أول ما تتأثر بواقع غياب التعاون العلمي العربي . وأول انعكاساته العجز الذي نعطي مثلاً عليه بمحاولة إقامة «الجمعية اللبنانية للطب النفسي» ، وفي لبنان لا يتعدى عدد الأطباء النفسيين العشرين إضافة إلى كون بعضهم في سن التقاعد وبعضهم الآخر غنمه أعباءه العبادية من المساهمة الفعالة في الجمعية . فكيف لهذه الجمعية أن تقوم وهل يمكنها أن تفكر بإصدار مجلة لها أو أن تقود مشروع بحث جالحي (وبائي)؟

وتتكرر صورة العجز هذه لدى استعراضنا لإمكانات غالبية الجمعيات والمؤسسات النفسية العربية . وهذا العجز يكيل مؤسساتنا ويحول دون قيامها بأدوار فاعلة . لأن قيامها بهذه الأدوار يقتضي أول ما يقتضي قدرتها على التمويل الذاتي وهذا لا يتوافر لدى مؤسساتنا ومراكزنا النفسية . فهي تعتمد إما على جهود الأفراد وتبرعاتهم وإما على دعم الدولة وإما على الهبات . ونود إعطاء بعض الأمثلة في هذا المجال :

أ - مركز معوقات الطفولة الذي أصدر العدد الأول من مجلته في يناير ١٩٩٢ . وفي هذا العدد نقرأ أن المجلة هي غير دورية وأنها تناشد الاختصاصيين العرب والأجانب دعمها وامتدادها بالأبحاث وأن على الباحث أن يساهم في كلفة العدد بحسب عدد الصفحات التي يستغرقها بحثه . وهذه الارشادات كثيفة بإعطائنا فكرة عن مدى الإصرار والجهد اللذين توصلا إلى إصدار هذا العدد الأول في ولادة أقل ما يقال عنها أنها متعسرة . وهنا نسأل إلى متى سيستمر هؤلاء الأفراد بانتهاج مسلك التضحية التماسي؟

وتزداد مرارة القلق بسبب اختصاص المجلة الذي نسيناه أثناء انهباننا في العمل على علاج آثار الكوارث العربية وعلى استنباط الحلول لأزمات زيادة السكان بشكل لا يتناسب مع قدرات التنمية واستيراد الاقتراحات لكل هذه الأزمات. في هذه الأزمات نسينا أن لدينا معاقين يحتاجون إلى عناية خاصة وأن عدد هؤلاء لا يستهان به وأن برامج العناية الصحية لا تستطيع أن تدرجهم في جدول أولوياتنا لأن تأمين اللقاحات والغذاء أهم ولأن أهل المعوقين لم يؤلفوا جمعيات ويتكاتفوا لإنشاء مراكز تعنى بمعوقهم... إلخ. فإذا ما بحثت المؤسسة عن الأشخاص المعنيين، الذين يمكن أن يكونوا مصدرًا للتمويل الذاتي، فإنها لا تجد عناوين الاختصاصيين ولا عناوين جمعيات الأهل ولا حتى دعم الدولة. أما المهبات فنأسف أنها تذهب في معظمها إلى حضانات يتواجد فيها المعاقون دون أن يتلقوا علاجاً بالمعنى الاختصاصي للكلمة.

ب- اتحاد الأطباء النفسيين العرب الذي يصدر المجلة العربية للطب النفسي. ويضم هذا الاتحاد في عضويته قرابة المائة من الأطباء النفسيين العرب في حين أن عدد هؤلاء يتجاوز في رأينا الخمسة طيب وأن أكثر من نصفهم أعضاء في جمعيات أجنبية. ومن الطبيعي القول إن استمرارية هذا الاتحاد ومجلته يقتضيان اعترافاً أوسع وتعاوناً أوثق بين باحثينا.

ج- الجامعات العربية: وتختلف أوضاعها من جامعة لأخرى ومن بلد لآخر. ففي بعض البلدان العربية (ومنها لبنان) لا يزال فرع علم النفس ملحقاً بكلية الآداب وفي بعضها الآخر يمتزج الفرع مع فرع الفلسفة... إلخ من الشكليات الإدارية التي تعكس عدم توصلنا إلى الاعتراف بفردة علم النفس واستقلاله كفرع متخصص. أما على صعيد كليات الطب فإن إهمال فرع الطب النفسي في برامج كليات الطب لا يزال سائداً، وهو لم يتفتح بريادة عربيين لفرع الطب النفسي (البسيكوسوماتيك). فبالرغم من البحوث الرائدة للأستاذين مصطفى زيور وسامي علي في المجال النفسي فإن طلابنا لا يزالون يجهلون هذا الفرع وجامعاتنا لم تأخذ بعد قرار تدعيم الثقافة النفسية لطلابها بإدخال هذا الفرع وتعميق تدريس الفروع الأخرى في مناهجها الدراسية.

٣- فوضى الممارسة النفسية التي تعمقت في أذهان جمهورنا لتمرز مواقف الرافضة للعلاج النفسي: وفي خضم هذه الفوضى لا يمكننا أن نلوم الجمهور الذي يشهد تنافساً يصل إلى حد الإسفاف الذي يقتضي عقوبة قانونية. ويؤسفنا أن نعرض لبعض مظاهر هذه المنافسة اللاأخلاقية:

أ- يحاول بعضهم تسويق بضاعته عن طريق التشكيك بزملائه. فيلجأ البعض إلى احتقار كل الأساليب العلاجية التي لا تتوافق مع أساليب البلد الذي درس فيه ويصل الإسفاف بالبعض إلى درجة عدم الاعتراف الكلي بكل ما لا ينسجم مع عوامل أسره العقلي.

ب- يرى بعضهم صعوبة نظرية في تكيف معلوماته مع واقع المجتمع الذي يمارس فيه فيلجأ إلى المطالبة بتغيير قيم المجتمع بما يتلاءم مع هذه المعلومات. وهو يطين عجزه هذا بثورة عارمة على مظاهر التخلف في المجتمع. ولا مانع لديه أن يطلب من المريض جلب الأدوية من الخارج حتى لا يقل على نفسه بالتعريف إلى أدوية بديلة تفي بال مطلوب.

ج- تعاني بعض الدول العربية من غياب قانون واضح يحدد شروط وأصول ممارسة المهنة

النفسية. وعن هذا الغياب تنجم فوضى ملزمة بحيث يعجز الجمهور عن التفریق بین المشعوذين وبين الاختصاصیین وبحیث یدخل البعض میدان العمل قبل حیازتهم لصفة أكادیمیة تبر لهم هذه الممارسة وترعها لهم.

د - الاختصاصات نظریة الطبیة وهي اختصاصات تقنیة تقتصر دراستها على سنتین أو ثلاث بعد الشهادة الثانویة ولا یمح لحملتها بالممارسة إلا تحت إشراف الأطباء. ومن هذه الاختصاصات تحلیل الدم وتدریب النظر وغيرها. أما عندما یتعلق الأمر بالطب النفسي فإن هؤلاء التقنین یمارسون تقنیاتهم متخطین مبدأ الإشراف الطبی، ومنهم من یمتص بعلاج النطق أو بتعلیم المعاقین أو بالتعامل مع الممنین. وهذه الممارسات تتحول إلى ممارسات خطيرة فی حال انعدام الإشراف الطبی علیها.

٤ - نحو مشروع قومی للتوثیق:

أمام خطر الإشكالیات المعروضة أعلاه وأمام العجز العربی عن الإفادة من الطب النفسي بمختلف فروعہ یتساءل القارئ عن الحلول الممكنة لمازق الطب النفسي العربی. وهو قد یلقى أجوبة متنافرة تعكس اختلاف وجهات النظر، ولكن خطوة أساسیة على هذا الطریق لا بد لها وأن تكون موضع اتفاق الجميع، وهذه الخطوة هی المشروع القومی للتوثیق. هذا المشروع الذي تصوره مركز الدراسات النفسية وطرحه للمناقشة فی مؤتمر «نحو علم نفس عربی» وهو یعمل على تجسیده بصورة عملیة من خلال الخطوات التالية:

١ - إصدار معجم الثقافة النفسية لمصطلحات الطب النفسي - مجلة الثقافة النفسية، العدد

(١١).

٢ - إصدار دلیل الأطباء النفسین العرب^(٥) - مجلة الثقافة النفسية، العدد (١١).

٣ - إصدار دلیل الكتاب النفسي العربی^(٥) - مجلة الثقافة النفسية، العدد (١٢).

٤ - إصدار معجم علم النفس، مجلة الثقافة النفسية، العدد (١٢).

٥ - إصدار دلیل الاختصاصیین النفسین العرب، مجلة الثقافة النفسية، العدد (١٦/١٧).

٦ - إصدار دلیل المعاهد والجمعیات النفسية العربیة، مجلة الثقافة النفسية، العدد (١٤).

٧ - إصدار دلیل الاختبارات النفسية العربیة، مجلة الثقافة النفسية، العدد (١٥).

٨ - إعداد موسوعة للطب النفسي.

وهذه الخطوات مجتمعة لا تشكل أكثر من خطوة أولى على طریق مشروع قومی شامل للتوثیق.

أما عن فوائد هذا التوثیق فنختصرها بما یلی:

أ - تسهیل التواصل بین الاختصاصیین العرب وبینهم وبين المؤسسات والمعاهد ودور النشر وذلك كخطوة عملیة على طریق إزالة واحد من أهم معوقات التعاون العلمی العربی. وبهذه الطریقة نستطیع مجلة مركز معوقات الطفولة الحصول على عناوین الأشخاص والمؤسسات المهمة والاتصال بهم لإطلاعهم على المجلة ولتكوين نواة لتمویلها من قبل المهتمین. ومثلها بقیة النشاطات المتخصصة.

(٥) أصدر مركز الدراسات النفسية هذه اللوائح جمعة فی مجلد بعنوان الدلیل النفسي العربی، مضافة إليها لوائح بالجواز العربی للعلوم الإنسانیة، وبالمجلات النفسية العربیة.

ب- إيجاد لغة مخاطب اختصاصية عربية محددة وذلك من خلال المعاجم الموحدة ومن خلال قنوات الاتصال المتعددة التي يؤمنها مشروع التوثيق. ومنها الاتصال المباشر والاتصال عن طريق الكتب والأبحاث وعن طريق الجمعيات والمعاهد. . . إلخ.

ج- تدعيم التراث النفسي العربي قديمه وحديثه. إذ إن غالبية الاختصاصيين العرب يجهلون المساهمات القيمة والخدمات الجليلة التي قدمتها الحضارة العربية في هذا الميدان. كما أنهم يجهلون أن هناك مخطوطات فائقة القيمة من تراثنا النفسي التي لم تجد بعد من يحققها ويخرجها إلى النور. أما تراثنا الحديث فإنه لا يتخلو من علماء أفاضل مارسوا ولا يزالون آثاراً عميقة على البحث العلمي المعاصر ومن هؤلاء نخص بالذكر مصطفى زيور وعبد الميز القوصي وعبد المنعم المليجي وسامي علي وصلاح نجيم وأسامة الرازي وأحمد عكاشة ويحيى الرخاوي وغيرهم. ولعل خطوة التوثيق هي أولى الخطوات وأبسطها على طريق إرساء تقاليد نفسية - عيادية خاصة بالإنسان العربي في مرضه وفي سوائه.

د- تجنب بعثرة الجهود. إذ نلاحظ وجود أكثر من عشر ترجمات مختلفة للمؤلفات القرويدية ولبعض المؤلفات الكلاسيكية. ونلاحظ في هذه الترجمات اختلافات على مستوى المصطلحات والمواضع والطبعات واللغات المعتمدة. كما نلاحظ اختلافات عميقة في مستوى هذه الترجمات إذ يصل بعضها إلى حدود الإبداع في حين يبقى بعضها الآخر في حلود المستوى التجاري للترجمة مع ما في ذلك من إساءة لمعاني النصوص. وفي المقابل نلاحظ بغياب ترجمات أمهات الكتب الاختصاصية ومنها على سبيل المثال الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية والدليل العالمي للاضطرابات النفسية.

وفي رأينا أن التوثيق يستطيع أن يجد من تعددية الترجمات للكتاب الواحد ويوجه المترجمين نحو الكتب الهامة التي لم تجد بعد من يترجمها. كما أنه يساهم في انتشار هذه المنشورات عموماً ويفتح أبواب الحوار والانتقاد الموضوعي بين المهنيين، الأمر الذي يجعلنا نأمل بصدور طبعات لاحقة منقحة ومحسنة.

هـ- إرساء مشروع دليل عربي للاضطرابات النفسية. وهذا الإرساء لا يمكنه أن يتم بدون توثيق فهو يحتاج إلى المراجع وإلى الاتصال بالأشخاص والجمعيات والمعاهد، كما يحتاج إلى تقنين الجهود وتوجيهها باتجاه دراسة الشخصية العربية ومستوى لياقتها النفسية. على أن يكون هذا الدليل نواة موضوعية وواقعية لقيام مدرسة نفسية عربية تحترم النظم الرمزية لمجتمعنا وتعمل على إثرائها وتطويرها.

إن ما يقوم به ومركز الدراسات النفسية اليوم لا يخرج عن نطاق المحاولات الفردية. وهذه المحاولات لا يمكنها أن تتحول إلى مشروع قومي متكامل إذا لم تشارك فيه مختلف الدول العربية على مستوى مؤسساتها المتخصصة وتجهيزها التالية منها:

١) النقابات الطبية.

٢) الجمعيات النفسية.

٣) الجامعات والمعاهد.

٤) وزارات الصحة.

(٥) مراكز البحوث النفسية.

(٦) مجامع اللغة.

(٧) دور النشر.

(٨) الشركات المصنّعة للأدوية.

فهل نجد دعوتنا صداها ويتحول اهتمامنا نحو خطوة حيوية ومصرية تقرر مستوى إفاذتنا من العلوم النفسية وإمكانات استغلالها في تدعيم شخصيتنا القومية ومستوى لياقتها وقدرتها على المساهمة في دعم مجتمعتها وتطورها؟

١١ - السياسة وأخلاقيات الطب النفسي

العناية بضحايا العنف(*)

إن قصة الاسكندر والقرصان(**) التي سبق ذكرها في الفقرة السادسة من هذا الفصل، تختصر نسبية تعريف الصراع ومتغيراته من عنف وإرهاب وضحية وغيرها من المصطلحات. هذه النسبية التي تربك موقف الطبيب النفسي من هذه الوضعيات وتجعل دوره والتمارمه بالقسم الأبقراطي موضوعاً نسبياً بدوره.

في خضم هذا الارتباك على الطبيب أن يقدم الدعم والعناية والعلاج لطلابه. فيزيد هذا الارتباك من انعدام الدقة في التصنيفات البسيكياترية المطروحة وخصوصاً التصنيف الأمريكي لاضطرابات الشدة عقب الصدمة (P.T.S.D.)(***) .

١ - ثغرات التصنيف الأمريكي:

يجزئ التصنيف الأمريكي ومعه التصنيفات الأخرى المطروحة عالمياً عن الإجابة على قائمة طويلة من الأسئلة، نختصرها بالواقعة التالية:

أثناء الحرب العالمية الأولى سجل الأطباء الألمان ردود فعل كارثية لدى الجنود الألمان من نوع الهستيريا ومنها داء الارتعاج الهستيري. أما في الحرب العالمية الثانية فقد سجل هؤلاء الأطباء ردود فعل كارثية لدى الجنود الألمان من نوع القرحة وارتفاع الضغط وغيرها من ردود الفعل البسيكوسوماتية.

السؤال هنا: لماذا تبدلت ردود فعل الجندي الألماني واختلفت بهذه الصورة؟

(*) ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي الثالث لحل الصراع - الاتحاد العالمي للصحة النفسية، القاهرة ٣ - ٦ شباط / فبراير ١٩٩٤.

(**) راجع محتوى هذه القصة في الفقرة السادسة من هذا الفصل وعنواننا «العرب بين الأوهام والبحث العلمي».

(***) ستعرض تفصيلاً لهذه الثغرات في الفصل العاشر من هذا الكتاب، بعنوان وعصاب الكارثة في العيادة العربية.

٢ - البعد الثالث :

إن الإجابة على مثل هذا السؤال تقتضي استبدال النظرة المسطحة التي تنظر إلى الصراع على أنه عنف وضحية بنظرة أخرى هولوغرافية أي ثلاثية الأبعاد . والبعد الثالث الذي نقرحه هو طريقة وعي ومعايشة الظروف الاقتصادية - السياسية ، وهذا ما منسجمه باللحظة الاقتصادية - السياسية . فلو نحن نظرنا إلى الوضع الألماني في لحظته الاقتصادية - السياسية إبان الحرب الأولى لوجدنا أنها كانت تمتاز بحس وطني عال هو الذي جعل الجندي بحاجة إلى المكسب الأولي للمهستيريا كي يهرب من الحرب بدون أن يشعر بالخجل والعار . أما في الحرب الثانية فقد طغى الحس العنصري على الحس الوطني وعندما اقتضت الإصابات المهستيرية على الجنود المنصرين .

مثال آخر على أثر اللحظة الاقتصادية - السياسية هو الاتحاد السوفياتي ومعه أوروبا الشرقية التي وجدت في لحظة منعت انفجار الصراعات فيها حتى نهاية الثمانينات حيث تبدلت اللحظة الاقتصادية - السياسية فانفجرت هذه الصراعات .

لكننا لو دققنا النظر لوجدنا أن معظم الصراعات المتدلعة في وقتنا الحاضر هي صراعات متمركزة في الكيانات التي ظهرت كنتيجة مصنعة للحرب العالمية الأولى . فالتغيرات الجغرافية التي حصلت عقب هذه الحرب لم تكن مجرد تغير في اللحظة الاقتصادية - السياسية بل كانت تغييراً مصطنعاً في تايخ الزمن .

العكس صحيح أيضاً ، فبلدان التوازن والازدهار في اللحظة الراهنة ليست بمنأى عن الصراعات في المستقبل . فحوادث لوس أنجليس هي إنذار باحتالات نشوب حرب أهلية أميركية إذا ما تغيرت اللحظة الاقتصادية - السياسية الراهنة .

٣ - تشخيص الآثار الصدمية :

نخلص مما تقدم إلى أن تشخيص الآثار الصدمية مرتبط مباشرة بتشخيص الصراعات ، التي نقرح لها التصنيف الآتي :

أ - الكيانات المتفصمة Schizoide : وتعاني تناقضات عرقية و/أو دينية و/أو فكرية . وهي تهدد بانفجار نويا عنف من نوع الشيزوفرانيا الاقتصادية - السياسية المتمثلة بالحروب الأهلية وعمليات العنف والاعتقالات وغيرها .

ب - الكيانات الانهيارية Depressive : وتعاني من تهديد هويتها وشخصيتها القومية مما يدفعها إلى اليأس بحيث يمكنها أن تعمل على إيذاء ذاتها والآخرين بطريقة عشوائية ، وصولاً إلى قيام الأفراد بارتكاب أعمال انتقامية ضد العدو المفترض حسب اللحظة الاقتصادية - السياسية .

ج - الكيانات الهوسية Manic : حيث يتظاهر الصراع من خلال هوس التطرف القومي أو العرقي أو الديني . هذا الهوس الذي يمتد في مجموعات صغيرة نسبياً ، لكنها تملك القوة غير العادية التي يتمتع بها المهوس .

د - الكيانات الهستيرية Hysteric : حيث لا خلفيات امراضية حقيقية وإنما هو الصراع على

السلطة أو على السيطرة على الآخرين وعلى مقدراتهم.

في هذه الحالة علينا أن لا نهمل مسألة الإغواء الهيستيري ونجاحاته في السيطرة على الآخرين .
كما أنه علينا أن لا نهمل احتمالات بداية الذهان تحت ستار الهستيريا .

٤ - تشخيص الحالات الصدمية :

في رأينا أن التشخيص الأمثل لحالات الصدمة عقب الكارثة يجب أن يتضمن البنود التالية :

أ - تحديد البنية الشخصية الأساسية بما فيها من اختلالات نفسية وجسدية .

ب - تحديد علائم السلوك الاعتيادية .

ج - تحديد علائم السلوك الراهنة والمقارنة بينها وبين تلك الاعتيادية لتحديد التغيرات التي أحدثتها الصدمة ، وتحديد خلل التوازن الذي أحدثته في البنية الشخصية الأساسية من حيث حدة هذا الخلل واحتمالات تطورات المستقبلية .

٥ - الاستراتيجية العلاجية :

لا بد لها من أن تستند إلى معرفة وثيقة بهيكلية الاضطراب الصدمي ، التي نخمنها على النحو التالي :

إن وضعية الضحية هي وضعية بارانوياقية بمعنى الكلمة . والمشاعر الاضطهادية المرافقة لهذه الوضعية تدفع بالمرضى إلى توقع ظلم القدر له بتعجيل موته فتتفجر لديه الوسواس المرضية . لكنه يصجز عن تعقيلها بإدراك طبيعتها الوسواسية فيتحول خوفه من المرض إلى خوف من الجنون ، ثم يتراوح المريض بين الخوف من الموت والخوف من الجنون . هذه الهيكلية الامراضية المختصرة هي التي تصادفها في عيادة الصدمة . أما عن تعقيداتها فهي متشعبة ويمكننا اختصارها بـ :

أ - تعقيدات بيسيكياترية .

ب - تعقيدات بيسيكوسوماتية .

ج - تعقيدات اجتماعية - مهنية .

ونأتي إلى العلاج حيث تتركز استراتيجيتنا العلاجية وتتمحور حول النقاط التالية :

أ - وصف مضاد للقلق Anxiolytique (للحد من التطورات البيسيكوسوماتية غير المتوقعة) .

ب - العمل على تصريف الانفعالات وتوجيهها إيجابياً ، وتلافي تراكم الانفعالات غير المعبر عنها (Non Elaboré) .

د - في حال وجود مؤشرات أمراض جسدية يجب العمل على العلاج الوقائي لهذه المؤشرات ولاحتلالات تطورها وتمقيدها .

بهذا نهي حديثنا عن رعاية ضحايا الصدمة ونحن نتساءل عن مدى التزامنا بالقسم الأبقراطي وعن الضوابط الأخلاقية القابلة للتعميم والتي تحدد دور الطبيب النفسي في حل الصراع وفي التدخل في الحالات الكارثية .

١٢ - نغمية اللغة ودورها الإسقاطي

إن اللغة هي وسيلة الطفل البشري الأولى لاستيعاب مبادئ الزمكان، ومن هنا تنبع الفوارق اللغوية - الإسقاطية. وفي تأكيدنا لهذه الفوارق تكفي الإشارة إلى أن تحليل الاختيارات النفسية الإسقاطية إنما يستند إلى علم الخطوط الذي يختلف باختلاف اللغات. وباختصار فإن اللغة هي أداة إسقاطية ذاتية. وعليه فإن تناول مسائل فهم ووعي وتعليم اللغة هي مسائل تتعلق مباشرة بالطب النفسي - العصبي وبفلسفة اللغة قبل تعلفها بمبادئ التلقين ووسائله. وكنا قد عرضنا هذه المواضيع تفصيلاً في العديد من كتبنا^(١) ومقالاتنا^(٢)، كما قمنا بإجراء العديد من التجارب في هذا الميدان. ومع ذلك فإننا نجد أنفسنا مجدداً مدفوعين إلى التذكير بالمبادئ الأولية للتربية وبأبحاثنا في هذا المجال، وذلك للأسباب التالية:

(١) سيطرة الفكر الغربي اللساني على تفكير بعض اللغويين العرب. وتشجيع هذه السيطرة بترجمات لا تنتهي إلا بعد إدخال قسري لهذه المبادئ في اللغة العربية. هذا القسر الذي لا يمكنه أن يطال اللغة بحد ذاتها وإنما هو يطال إمكانيات الإسقاط الذاتي لتعلمي هذه اللغة وفقاً لهذه الطرق اللادورية Pragmatic.

(٢) بعض الدعوات الساذجة المنتشرة هنا وهناك والتي بتنا بغنى عن تعددها.

(٣) الترجمات السيئة التي باتت مؤذية لقدرات الطفل العربي على التعلم. بل إنها أصبحت تشكل عوائق جديدة في طريق هذا التعلم.

(٤) نرجسية بعض العاملين في هذا المجال ممن تكون لديهم انطباع هستيري يتمثل بالاعتقاد بأنهم يعملون في فراغ تام يمكنهم من إسقاط ذواتهم على اللغة ومن دخول التاريخ من أبواب اللغة! وهؤلاء من الكثرة بحيث نصادف واحداً منهم مرة كل بضعة أشهر. لهذه الأسباب مجتمعة رأينا من المهم أن نذكر بعدد من المبادئ الأولية لتعلم اللغات. وفي هذا المجال لا نجد أبسط من أن ننقل حرفياً ما كتبناه حول هذا الموضوع في «سلسلة علم نفس الطفل» ونبدأ بـ:

١ - الإدراك السمعي للغة^(٣):

يعود الباحثون بهذا الإدراك إلى المرحلة الجنينية. وهم يقدمون على ذلك الإثباتات التالية: (١) إن الرضيع يستجيب للموسيقى التي كانت تسمعها أمه أثناء الحمل، (٢) من خلال زرعهم لاقطات (لاقطات صوتية) داخل رحم الحامل تمكن الباحثون من التأكيد على وصول الأصوات إلى داخل الرحم، (٣) إن الجنين يسمع الأصوات التي هي دون الـ ١٠٠٠ هيرتز وهو يسمع حوالي الـ: ٦٠٪ من

(١) محمد أحمد النابلسي: ذكاء الجنين، سلسلة علم نفس الطفل، بيروت، دار النهضة العربية، ط ٢، ١٩٨٨، ذكاء الرضيع، سلسلة علم نفس الطفل، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨، الطب النفسي بدوره في التربية، سلسلة علم نفس الطفل، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

(٢) محمد أحمد النابلسي: «تربية الأطفال العباقرة»، طرابلس/ لبنان، مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠، والطفل واستيعاب التفرقات اللغوية، بيروت، جريدة الأنوار، ١٣/٧/١٩٩٠.

(٣) محمد أحمد النابلسي: ذكاء الجنين، مصدر مذكور سابقاً.

الأحداث التي تدور بين والديه. وهكذا فإن علاقة الطفل بلغة أمه إنما تعود إلى المرحلة الجنينية من حياة الطفل، وإلى هذه العلاقة تستند أصول تعلم اللغة عند الطفل. وهذا التعلم إذ يبدأ بصرخة الولادة فإنه يمر في مرحلة غاية في الأهمية وهي مرحلة المناغاة أو مرحلة موسيقية اللغة.

٢ - المناغاة وعلاقتها بلغة الأم^(١):

تشير التجارب إلى أن الطفل الأصم يطلق ولغاية سن ٤ - ٥ أشهر الأصوات نفسها التي يطلقها الطفل سليم السمع. وبهذا يتأكد لنا عدم وجود علاقة بين لغة الأم وهذه الأصوات، التي لا تلبث أن تختلف بعد الشهر الخامس. وهنا يطرح السؤال: «ما هو مدى تأثير لغة الأم على هذه الأصوات؟» على هذا السؤال يجيب باردك B. Bardic من خلال التجربة التالية: «تم تسجيل مناغاة أطفال (من فئات ٦ و ٨ و ١٠ أشهر) في كل من باريس وتونس وهونغ كونغ. وبعد ذلك تم إسراع هذه التسجيلات إلى بالغين ينتمون إلى مختلف هذه البلدان فتمكن هؤلاء من التعرف إلى جنسية ٧٠٪ من الأطفال من خلال موسيقى الأطفال التي يصدرونها (المناغاة). وهكذا يتأكد لنا أن مناغاة الطفل هي تقليد موسيقي إيقاعي للغة أمه. وبطبيعة الحال فإن لكل لغة موسيقاها الخاصة. هذه الموسيقى التي تحدها خصائص كل لغة على حدة، فهناك مثلاً الحروف والمخارج المميزة لكل لغة على حدة (مثل حرف «ح» باللغة العربية ومخرج الـ ich في اللغة الألمانية... إلخ). وفي حال اللغة العربية فإن التشكيل هو العنصر الرئيسي في الموسيقى اللغوية. ومن المؤكد أن اكتساب الموسيقى اللغوية وسميات اللغة يصبح على درجة فائقة من الصعوبة إذا ما حاولنا تعليمها لأناس تجاوزوا مراحل الطفولة الأولى. وهكذا فإننا إذا ما فوتنا على الطفل العربي فرصة اكتساب هذه المميزات في سنه الأولى فإنه سيصبح عاجزاً عن اكتسابها لاحقاً. وهذا يقودنا إلى مناقشة مسألة تعلم قواعد اللغة.

٣ - تعلم قواعد اللغة^(٢):

نلاحظ مما تقدم أن لكل لغة نغميتها وإيقاعاتها الخاصة. بل إن هذه العوامل تختلف باختلاف اللهجات في إطار اللغة نفسها. وهنا يطرح السؤال: ما هي الصعوبات التي يواجهها الطفل أثناء تعلمه النطق الصحيح؟

ينطق الطفل كلمته الأولى في سن معدله الوسطي ١٠ أشهر، ومن ثم يجب الانتظار لغاية بلوغه الـ ١٨ شهراً كي يلفظ جملة الأولى. وهي جملة مؤلفة من كلمتين مثل «أكل ليمونة» و«اشرب ماء»، وهذا الأسلوب في تركيب الجمل يسمى بأسلوب البرقيات. وفي هذه المرحلة الأولى من نضجه يلفظ الطفل العربي كلماته دون تشكيل (حتى تشكيل اللهجة العادية). وهذه الجمل هي نواة الجمل اللغوية الصحيحة. وفي هذه الجمل الأولى يمكن للطفل أن يجمع بين كلمتين صحيحتين كأن يقول «امي فستان»، أو هو قد يجمع كلمة صحيحة مع أخرى ناقصة كأن يقول «أبضا موز». ويدرك طفل هذه المرحلة أن جملة غير مفهومة بوضوح وبأنها غير متلائمة مع موسيقى اللغة ولذلك فإننا نراه يلجأ إلى عدد من الإشارات والإيماءات يدعم بها جملة ويسهل فهمها. هذا ويلاحظ الباحثون أن الطفل يلفظ الفاعل

(١) محمد أحمد النابلسي: ذلك الرضيع، مصدر مذكور سابقاً.

(٢) محمد أحمد النابلسي: ذلك الطفل قبل اللغوي، مصدر مذكور سابقاً.

أولاً ومن ثم المفعول به أو الفعل. حتى أن بعضهم يميل إلى القول إن تسلسل كلمات الطفل إنما يعكس طريقة تسلسل أفكاره. إلا أن الأبحاث قد أثبتت أن هذه الفرضية وإن صحت على معظم اللغات، إلا أنها لا تصح على اللغات جميعاً. فالطفل يحترم نغمية وموسيقى لغة الأم، وهذا الاحترام يحير الطفل على تنسيق أفكاره وإخضاعها للإيقاعية للغة وليس العكس. وهذه الموسيقى اللغوية تتبدى واضحة في اللغة العربية إذ نلاحظ أن البالغين يتكلمون بحد أدنى من الأخطاء وهم يدركون الأخطاء اللغوية عن طريق السمع وإن كانوا عاجزين عن إعراب الجملة، وقس عليه بالنسبة للشعر العربي الذي بقي دون بحور فترة طويلة من الزمن. ومع ذلك فقد أتت جميع القصائد موزونة ومحفوظة على احترامها لنغميات اللغة وإيقاعاتها.

٤ - اللغة ومفهوم المكان:

لنا هنا عودة إلى طفل الستين الذي يلفظ جُملاً مؤلفة من كلمتين مستعياً بالإشارات لتوضيح مقاصده. في هذه الفترة يبدأ الطفل عملية اكتسابه القدرة على التعبير المكاني عن طريق استعماله لكلمات مثل: في، على، تحت، بجانب، بين، وراء، أمام... إلخ. ومن الطبعي التساؤل عن مراحل اكتساب الطفل لظروف المكان هذه. والجواب المختصر على هذا التساؤل هو ذلك القائل بأن تعلم ظروف المكان يأتي متناسقاً مع اكتساب الطفل لمفاهيم الفضاء. وبدون اللغة وتعلمها يعاقب فهم الطفل لمفاهيم الفضاء والمكان وتالياً الزمان.

٥ - تعليم اللغة:

إن اكتساب الطفل للغة أمه هو اكتساب يخضع ويرتبط بمراحل تطور الجهاز العصبي للطفل. فالطفل كي يستطيع الكلام يجب أن يمتلك جهازاً عصبياً متطوراً بدرجة كافية تمكن الطفل من التحكم بأوتارته الصوتية وبكميات الهواء الخارجة مع الألفاظ إضافة لقدرة على التحكم بحركات لسانه وشفتيه وحلقه. وقدرة الكلام لدى الطفل هي بالتالي مجموعة من الارتكاسات العصبية التي يكونها كل طفل على طريقته الخاصة. وعندما يتوصل الطفل إلى الكلام فإنه يكون بهذا قد توصل إلى استيعاب الروابط بين الأصوات والأشياء. فإذا ما تم هذا الاستيعاب أصبح الطفل مهياً لتطوير هذه الروابط. وهذه الروابط خصائصها ومميزاتها في حالة الطفل العربي. ونلخص هذه الخصائص من خلال عرضنا لقضية التشكيل في اللغة العربية. فلو أخذنا الطريقة التقليدية لتعلم اللغة العربية لرأينا أنها تعتمد مبدأ التهجي، وهي مشكلة من أهم مشاكل الأجنبي الذي يحاول تعلم اللغة العربية. أما بالنسبة للطفل العربي فإن ما يزيد تعقيد تعلمه هو كون المخرج اللفظي العربية تعتمد على التشكيل. هذا التشكيل الذي لا يمكن تجاوزه لأن من شأن أخطاء التشكيل أن تؤدي إلى تغيير معنى الجملة بكامله. وهذا التشكيل وإن كان صعباً إلا أنه في النتيجة يساعد الطفل على تعلم اللغة العربية الصعبة نسبياً. وهنا نستعين بمثال تطبيقي نود من خلاله إيضاح الفكرة التالية وهي أنه من غير الجائز أن نطبق على الطفل العربي تلك المبادئ التي نطبق على الأطفال المتيمين إلى حضارات أخرى. فلا يجوز لنا مثلاً أن نترجم الأسبانية ونطبقها على اللغة العربية وعلى الطفل العربي دون أن نأخذ بعين الاعتبار الفروقات البنائية الأساسية بين اللغة العربية وبقية اللغات.

وهذا المثال يتعلق بالناحية التطبيقية لعلم النفس اللساني وهو التالي: عندما يقوم المعلم الفرنسي

بتعليم جملة «الحصان يفتز السور» لتلاميذه، فإنه يصادف صعوبة بالغة في إفهامهم أن الحصان هو الفاعل، ولذلك فإن علم النفس اللساني اقترح على المعلم الفرنسي أن يحضر لهما تمثل الحصان والسور وأن يُري تلاميذه أن السور يبقى ثابتاً في حين يقوم الحصان بفعل القفز من فوقه. إن هذه الطريقة غير صالحة للتطبيق على الطفل العربي، وذلك لأن الفاعل يرفع بالضمّة في هذه اللغة مما يؤدي لإصدار نغمة (أو) المميزة للفاعل في مثل هذه الجملة. وهكذا فإننا نقول «الحصان» وهذه الـ (أو) في نهاية الحصان كقيلة بتدعيم الرابطة بين الفعل والفاعل في ذهن الطفل العربي، وذلك وصولاً إلى تكوين ارتكاس لديه يساعده على التعرف إلى الفاعل والمفعول به من خلال التشكيل. هذا التعرف الذي يدعم ويساعد تموقع الطفل في الزمكان.

٦ - الخلاصة:

نستطيع أن نتبين مما تقدم مدى شدوذ المواقف الأربعة المعروضة في بداية كلامنا. ولكن ما يميّنا منها واحداً يتمثل في الدعوة إلى إلغاء التشكيل بحجة تسهيل تعلم اللغة! والحقيقة أنها ليست المرة الأولى التي نسمع فيها مثل هذه الدعوة ولكنها، على حد علمنا، المرة الأولى التي يجرؤ أحدهم على إعلانها. إن هذه الدعوة ومثيلاتها لا تجعلنا نقلق على مستقبل اللغة أو على تربية الطفل العربي لأن سذاجة الطرح تفضحه. ولكن ما نراه جديراً بالمناقشة هو القضية الأخلاقية الكامنة وراء مثل هذه الدعوة. هذه القضية التي نوجزها بالنقاط التالية:

أ - إن اعتياد الحلول السهلة بات نوعاً من الفلسفة الساذجة التي يتبناها الكثيرون. ففي مجتمع الحرب تكون المليشيات الحل الأسهل لضبان راتب مقطوع. أما على الصعيد الفكري فإن الحلول السهلة هي حلول يعتريها البعض مشروعة ولكنها لا تصبح كذلك عندما يتصور هؤلاء أنهم قادرون على فرض فلسفتهم المزعومة على اللغة نفسها.

ب - عندما فصل النرجسية والمبالغة المرضية في تقدير الذات حدود الظن بإمكانية تمرير مثل هذه الطروحات فإن ذلك يعكس شعوراً مؤسفاً بغياب القانون والشعور بالقدرة على تمرير أية فكرة أو موقف دون رادع.

ج - إن هذا الموقف يمثل حالة من الإسقاط الهيستيري. ونحن مع احترامنا لمبادئ الحرية الشخصية ومع إيماننا العميق بحرية كل شخص بكتابة تاريخه العلمي وفق هواه ومستواه، فإننا نحفظ بالحق في عدم السماح للمتطرفين بأن يغيروا في غير اختصاصهم، ذلك أن أصحاب هذه الدعوات هم حتّى جاهلون جهلاً تاماً بالمبادئ العلمية المطروحة أعلاه. وكلنا أمل أن يؤدي اطلاعهم عليها إلى إيقافهم من جهلهم وتراجعهم عن مثل هذه الدعوات. بل وربما أعادوا النظر في فلسفتهم السهلة التي تمثل ينبوعاً من ينابيع الانحراف في مجتمع الحرب.

الفصل الثاني

الشخصية العربية وتجلياتها الأدبية

دينامية العلاقة بين الأدب والعلوم النفسية(*)

إن التعرف على أدب أمة ما يقتضي استيعاب ملامح شخصيتها والصراعات والأزمات التي تهدد توازن هذه الشخصية. فالأدب الذي لا يتأثر بهذه العوامل هو أدب دخيل لا تمكن نسبته إلى الأمة حتى ولو كتب بلغتها. فاللغة هي واحد من الملامح الرئيسية للشخصية، ولكنها ليست بالعامل المقرر الذي يتحكم بالشخصية تحكماً مطلقاً. ومع ذلك فإن أهمية اللغة تتنامى في الميدان الأدبي الذي يكرسها كوسيلة وحيدة للتعبير، بينما تتلاشى أهمية اللغة في الميادين الإبداعية الأخرى، حيث تتراجع لصالح العقل الجمعي للأمة.

وإذا كان حديثنا يتركز حول موضوع الإبداع الأدبي، فإننا مضطرون لمناقشة المسألة اللغوية مناقشة كافية بهدف التوصل إلى تحديد أوليات العلاقة بين الأدب وبين أدواته الرئيسية المتمثلة باللغة التي يلقي عليها الأديب أعباء صعبة. فهو يريد أن تجسد له معاناته، ويتذمر من عدم احتوائها على المفردات التي تعينه على التجسيد الأمثل. وذلك بالإضافة إلى ما يطلبه المتلقي من اللغة وخاصة لجهة امتلاكها لعناصر تمثيل العقل الجمعي وتصوير شخصية الأمة.

إن هذه الوقائع مجتمعة تدفعنا إلى التعمق في معرفة لغتنا العربية تعمقاً يتجاوز معرفة قواعدها إلى معرفة تراثها وفلسفتها وأثرها على الإنسان العربي وفكره، وكلها مواضيع تجاهلها أدباؤنا ومترجمونا وعلماؤنا حتى بننا عاجزين عن الحفاظ على علاقة حميمة مع لغتنا وحتى بات البعض يطالب بهجرها إلى اللهجات العامية وإلى اعتداد اللغات العملية وطلاق العربية بوصفها عائقاً رئيسياً في وجه التقدم والتنمية^(١)؟

١ - اللغة والإنسان

تقول النظرية «إن كل معرفة مكتسبة لا بد لها من أن تستند إلى معرفة سابقة»، ومن هنا يطرح السؤال عن أصل المعرفة. فيذهب بعضهم إلى اعتبار اللغة أصل المعرفة، وهذا اعتبار خاطيء لأن الفكر الإنساني أسبق من الإرساء اللغوي. فالإنسان هو مرهض اللغة وبالتالي فإنه من غير الممكن أن

(*) عاضدة آلقيت في اتحاد الكلب العرب بدمشق - النشوة الثامنة - ١٩٩٣.

(١) مجلة الثقافة النفسية - افتتاحية العدد الأول، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٠ (وفيها نقد لهذه الادعاءات).

نعطي للغة الأسبقية على الفكر الإنساني^(١). وهذا لا يتناقض مع اعتبار اللغة وسيلة فاعلة في غو العقل الإنساني، وذلك من خلال كونها وسيلة اتصال رئيسية لتزويد العقل بالمعلومات والمعارف اللازمة لتطوره.

من هنا كان من الطبيعي نشوء علاقة متبادلة بين خصائص اللغة وبين الخصائص العقلية لتكلمي هذه اللغة. وبالاتصال من العام إلى الخاص ومن النظرية إلى التطبيق نقول إن اللغة العربية هي عامل رئيسي مؤثر في بنية العقل العربي، هذا التأثير الذي يجد براهينه في عدد من الحقائق العلمية الثابتة ومنها:

أ - تختلف اللغة العربية عن اللغات الأجنبية من حيث تغير شكل الحرف حسب وروده في أول الكلمة أو في وسطها أو في آخرها. كما يتغير معنى الكلمة العربية بتغير تشكيلها. وهذه الخصائص تجعل من قراءة اللغة العربية عملية تستند إلى الاستدلال العقلي، مما يستوجب استعمال الشخص للنصف الأيسر من دماغه. أما الكلمات الأجنبية فإن الذاكرة تصوّرُها صوراً إجمالية مما يستدعي استخدام النصف الأيمن للدماغ^(٢). وهذه الوقائع العلمية ممكنة البرهان عن طريق الآلات الحديثة التي تصور نشاط الخلايا الدماغية^(٣). عن هذا الاختلاف تنشأ كتابة اللغة العربية من اليمين إلى اليسار على عكس اللغات الأجنبية، ويشير هذا الأمر إلى أثر اللغة العربية في تنمية نشاط النصف الدماغ الأيسر على حساب النصف الأيمن والعكس لدى الأجنبي. إن هذه الوقائع هي عوامل مقررّة في تحديد غط تفكير الإنسان العربي وغط إيداعته وهي تقتضي دراسات معمقة تتناول أصدمة عديدة لم تتناولها أبحاثنا لغاية اليوم.

ب - لدى تطبيقنا لاختيار رسم الوقت وجدنا أن العربي يرسم الماضي إلى اليمين والحاضر في الوسط والمستقبل إلى اليسار وذلك في اتجاه معاكس تماماً لمجرى تمثيل الوقت لدى الأجانب. ولقد قررت دراسات أجنبية عديدة هذه التجارب.

بهذا يتضح لنا أن اللغة تؤثر في عملية تموقع متكلميها في الزمان والمكان، وهي تؤثر في غط تقييمهم لحاضرهم وغط تعايشهم مع الزمان، وتالياً فإنها تؤثر في نظرهم إلى الحياة وموقعهم منها. ومن هنا خطأ اعتقاد أساليب الآخرين في التموقع الزماني والمكاني لأن هذا الاعتقاد يؤدي إلى عكس ما نتوخاه^(٤).

ج - لدى مقارنة بين لغات عديدة نجد أنها تختلف اختلافاً جذرياً في تعاملها مع ظروف الزمان والمكان، فنجد في بعضها عشرات الكلمات التي تفيد مثلاً معنى «بقرب أو بجانب» في حين تهمل لغات أخرى الفوارق بين هذه الكلمات وتستعير عنها بكلمة أو بوضع كلمات. ولكي نكون أكثر تحديداً فإن

(١) محمد أحمد التابلي: مبادئ العلاج النفسي وفلسفه، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩١.

(٢) Brierley, J: *A Human Birthright, Giving Young Children a Chance*, London, the British Association for Early Childhood, 1994.

Psychiatric Research - *Neuroimaging revue*.

(٣)

(٤) راجع الفصل الرابع من هذا الكتاب بعنوان: «أزمات المصطلح النفسي العربي».

كلمات Temps أو Time يمكنها أن تفيد بالعربية معنى الوقت ومعنى الزمان والعديد من مرادفاتها اللغوية التي لا نجدها في اللغات الأخرى.

٢ - اللغة والنقد الأدبي

يتضح مما تقدم أن اللغة هي جزء من شخصية الأمة لأنها تساهم في تشكيل عقلها الجمعي. ومن هنا يتحول عنوان هذه الفقرة من «اللغة والنقد الأدبي» إلى «النفسي العربية وتيارات النقد للأدب العربي». والكلام عن هذا الموضوع يقتضي منا استعراض المدارس النقدية العالمية، ومن ثم العودة إلى تراثنا العربي لعقد المقارنات بين هذه المدارس المستنلة إلى اللغات والأفكار الأجنبية وبين التيارات التي انبثقت من فلسفة لغتنا، وإن كانت التيارات الأخيرة قد بقيت لغاية اليوم مجموعة من الأفكار غير المشكلة Amorphe التي تقتضي التعقيل والارصان. ونحن إذ نستعرض التيارات النقدية المعاصرة نجدها تتقارب في وجوه عديدة مع المنطلقات النقدية في تراثنا، وهذه التيارات المعاصرة هي:

١ - التيار الأسنوي: الذي يحلل الكلام المنطوق والمكتوب كلمة فكلمة، ويقابله علم النفس اللغوي الذي يحلل الكلام على مستوى الحديث ومحتواه. وكلا الفرعين يحتويان عدداً من التفرعات المتناقضة فيما بينهما.

ولننحن رجعتنا إلى تراثنا العربي لوجدنا أن المنطلق الأسنوي كان موجوداً ومرصناً بشكل متميز. إذ نجد في تراثنا دراسات تتناول صوتيات اللغة العربية من الناحيتين النطقية والفيزيولوجية (الحليل بن أحمد وسيبويه)، كما تناولت الأصوات على المستوى السمعي (الشاطبي ومكي بن أبي طالب القيسي). كما درس النحاة العرب تراكيب اللغة (سيبويه والكسائي والقرطبي وابن يعيش وغيرهم)، وهناك علم الدلالة والمعاني الذي درسه البلاغيون مثل الجرجاني والسكاكي والخطيب القزويني والعسكري وغيرهم.

٢ - التيار الدلالي: الذي يجهد لاستنباط منبج ثابت لمعرفة المعنى، وهذا التيار لا يمكنه أن يجد معادلاته العربية بسبب طبيعة اللغة العربية الغنية بالمتراذفات.

٣ - التيار البنوي: ويحتوي على مجموعة من المذاهب المتناقضة المتراوحة بين شتراوس وسارتر وباشلار، والتيار الماركسي وغيرها من التيارات. وهذا التيار ينطلق من فكرة أن اللاوعي مبني على غرار بنية اللغة، وهي فكرة أثبتت خطأها لدرجة دفعت بالمحلل الفرنسي لكان إلى التراجع عن منطلقاته البنوية.

٤ - التيار الأسلوبوي: وهو يحاول رسم معالم الأسلوب الذي يعتمد عليه كاتب ما، مستعيناً بعلم اللغة في تحديده هذه المعالم، وهو بذلك يتداخل مع علم النفس اللغوي وخاصة لجهة المفردات والكلمات اللوازم. وكان فرديناند دو سوسير مؤسس هذا التيار الذي يعتمد على منطق لغوي خاص باللغات الأجنبية، والذي لا يمكن اعتياده عربياً بدون مشاركة البلاغيين، إذ إن التيار الأسلوبوي يجد معادله في تراثنا في تيار النقد البلاغي.

٥ - التيار التأثري: وهو يعامل النص على أنه انعكاس لمواقف الكاتب، والنقد على أنه ثمار تفاعل الناقد العاطفي مع النص والكاتب، ويمسك الجرجاني هذا التيار في تراثنا النقدي.

٦ - التيار النفسي: وهو يعامل النص من متعلق كونه شكلاً إسقاطياً لشخصية كاتبه.

نلاحظ مما تقدم أن اللغة العربية تفرض على نقادنا مجموعة من الشروط المتعلقة بفراحتها وتميزها عن اللغات الأخرى، الأمر الذي يفرض علينا إدخال التعديلات على النظريات الموضوعية، من أجل لغات أخرى. كما يفرض علينا العودة إلى التراث نستمد منه الأصالة وتبين من خلاله معايير انتقائنا ومفاضلتنا بين مختلف التيارات النقدية المعاصرة.

٣ - اللغة وعلم النفس

رسم أحد الرسامين البلجيكيين وهو رينيه ماغريت Magritte تفاحة، وكتب تحتها «هذه ليست تفاحة». إن هذا المثال هو خير دليل لنا على استحالة الفصل بين الشكل وبين الموضوع. كما أنه دليل على أن موقفنا من الأشياء هو دائماً بسبب طبيعة هذه الأشياء، وإنما هو يتحدد من خلال الأفكار التي نكونها عن هذه الأشياء. وباختصار فإن هذا المثال يلخص علاقة علم النفس باللغة. فالفكرة، خاصة غير للمشكلة، سابقة للغة وذلك بحيث يستحيل علينا تلخيص اللاوعي باللغة، أو اعتباره مبنياً على نمط اللغة. فما هي العلاقة الفعلية بين اللغة وعلم النفس؟

يحاول علم النفس اللغوي الإجابة على هذا السؤال من خلال محاولته دراسة الكلام من متعلق كونه وسيلة اتصال لها معنى ظاهري وآخر كامن. فأما المعنى الظاهري فيتجلى في المعنى الحرفي للكلام (أو النص)، وأما المعنى الكامن فيشكل ما يسمى بما خلف الاتصال^(١). وفي عودة إلى تراثنا العربي نجد أن البلاغيين قد أجادوا تفسير المعنى الظاهري، كما أجادوا استخدام مرادفات والتفريق بين دقات معانيها. أما على صعيد المعنى الكامن فقد تناوله مفسرو الأحلام العرب الذين ربطوا بين المرأة وبين كل من الخرافة والمعدلة والحاجة والقارورة والقدح والبئر والحلقة... إلخ^(٢).

وفي مجال علم النفس اللغوي تأتي أيضاً دراسة اضطرابات النطق التي توقف عندها الجاحظ وغيره من العلماء، حيث نجد أن هنالك اضطرابات نطق خاصة باللغة العربية.

بهذا نرى أن الرجوع إلى تراثنا اللغوي لا يمكنه أن يكون خطوة إلى الوراء بل إنه خطوة على طريق التطور. فالتطور يقتضي أن نستعيد مستوى الارتباط الحميم بلغتنا والتعرف إلى تراثها وفلسفتها وخصائصها حتى تتمكن من تحقيق الفائدة المرجوة من التطور عن طريق حسن الانتقاء الذي يراعي خصائص اللغة والشخصية الجمعية للمتكلمين بها.

٤ - الأدب وعلم النفس

قرأ فرويد مؤلفات دوستوفسكي في مرحلة متأخرة وصرح عقب هذه القراءة بقوله: «لو أتيح لي الاطلاع المبكر على كتابات دوستوفسكي لكتبت تحليلات عن بعض مواضع كتاباتي لأن دوستوفسكي سبقني إلى ذلك».

إن هذا الاعتراف الفرويدي يلخص لنا قدرة الأدب على الغوص في أعماق النفس الإنسانية

(١) محمد أحمد النابلسي: الاتصال الإنساني وعلم النفس، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

(٢) عبد الغني النابلسي: تطهير الانام في تفسير المنام، بيروت، دار الكتب العربية، ١٩٩١.

وصولاً إلى استخراج القواسم الإنسانية المشتركة بين البشر. وعليه فإن علم النفس ليس مقتصرًا على اختصاصيين نفسيين يسكنون أبراجاً عاجية، ويستخدمون مصطلحات تكاد تكون غير مفهومة، بل إن بعضهم يحاول فرض مصطلحات تتحدى الأصول اللغوية والتراث اللغوي الذي يتجاهلونه تجاهلاً تاماً، وكأنهم يسعون إلى إحياء لغة حديثة منقصة عن اللغة الأم. مثال ذلك أن يعمد بعضهم إلى النحت بل والنحت بين كلمة عربية وكلمة أجنبية بما في ذلك من استهتار بأبسط مبادئ اللغة^(١). والأغرب من ذلك إصرارهم على هذا الأسلوب بالنسبة لكليات اتفقت مجامع اللغة العربية كافة على مصطلحاتها التي تتوافر فيها الشروط المصطلحية.

مثال ذلك سعي بعضهم إلى إبدال مصطلح علم النفس بمصطلح خاطيء هو نفسولوجيا. إن المهمة الرئيسية لعالم النفس هي مساعدة الأفراد والجماعات على تحقيق المستوى الأفضل للتكيف. ومن هنا فإن واجبه أن يكيّف نفسه أولاً، ولذلك عليه أن يترك برجه العاجي للتعامل مع الناس والواقع بعيداً عن مظاهر شذوذ السلوك وبخاصة اللغوي منها. ولو طلب إلينا تحديد من هو أكثر علماً ودراية بالنفس البشرية، فإننا نقول: إن الأديب الذي ينقل لنا لمحات هذه النفس وخلقياتها من خلال إبداعاته الأدبية، هو أدرى بالنفس البشرية من ذلك الاختصاصي العاجز عن إقامة الاتصال الإنساني وعن التكيف مع ظروف أمته وبيئته وجمتمعته.

إن علم النفس في أساسه هو مراقبة ردود الفعل البشرية ومعاناة الإنسان ودراسة هذه العوامل. ومن هذا المنظور نستطيع أن نفهم تصريح فرويد وإقراره أن دوستوفسكي قد سبقه إلى كشف بعض أغوار النفس البشرية. ذلك أن الأديب المبدع يعكس بصدق معاناة الإنسان وملامح العقل الجمعي. وهذا الانعكاس يسمي إلى علم النفس بقدر انتهائه إلى الإبداع الأدبي. وهذا ما يجعلني معارضاً تمام المعارضة لبعض التيارات النفسية - النقدية التي تعتمد إلى معاملة الإبداع انطلاقاً من بعض المفوات الشخصية للأديب. فلو نحن عدنا إلى دوستوفسكي فإننا نجد أنه ينحدر من سلالة تضم المجرمين والقسيسين في آن معاً (ومن هنا توزيعه لشخصياته بين ملاك ومجرم). كما أنه كان مصاباً بداء الصرع (من هنا القول إن الأبله هو شخصية إسقاطية) إضافة إلى كونه مقامرًا حتى لتصرح زوجته أنها لم تعترض على تعاطيه القمار، لأنه كان يكتب أفضل أعماله بعد أن يخسر كل نقوده (بما يعكس مشاعر الذنب لديه). ومع ذلك فقد كان دوستوفسكي مبدعاً دخل تاريخ الإنسانية، على الرغم من قدرة بعض من يدعون النقد النفسي على القول بأنه رجل مريض لأنه كان مقامرًا ومصروراً ويحمل جينات الجريمة في وراثته!

إن مثل هذا القول يطرح إشكالية أخلاقية. فهل يحق للمعالج النفسي (وبالتالي للناقد النفسي) أن يكشف عورات مريضه (أو أديبه) ونواقصه أمام الجمهور؟

إن العلاقة العضوية بين الإبداع وبين علم النفس لها تجلياتها العديدة التي أشرت فرعاً تخصصياً هو «علم نفس الإبداع». إلا أن ما نود تناوله في هذه العجالة هو الوجوه النفسية لإبداعات كل من دوستوفسكي ونجيب محفوظ.

(١) يضع اللغويون شرطاً رئيساً للنحت قوامه أن يتم هذا النحت بين كلمتين عربيتين صحيحتين.

أ - الجانب النفسي لدى دوستوفسكي:

هنا أترك الكلام للمحلل الشهير ليوبولد سوندي^(١) إذ يقول: «كان لدوستوفسكي أثر العميق في تفكيره وفي نشوء نظريته حول التحليل النفسي للقدر. في مرحلة مبكرة من شبابه طرحت على نفسي السؤال: لماذا كان أبطال دوستوفسكي جميعاً يتعمون إلى واحدة من فئتين - فهم إما قديسون وإما قتلة. وفكرت أنه رأى في عائلته القديسين كما رأى القتلة. وهذا ما تحققت منه من خلال كتاب الكاتب الفرنسي ترويا Troyat الذي ذكر أسلافاً لدوستوفسكي (من القرنين السابع عشر والثامن عشر) من القديسين ومن القتلة. وإذا ما نحن راجعنا رواية الأخوة كارامازوف نتأكد من توزيع الشخصيات إلى قديسين وإلى قتلة. ويلاحظ القاري مدى تأثير بدوستوفسكي خاصة وبالأدب عامة، وذلك لاعتقادي الراسخ بقدرة الأدباء - دوستوفسكي خاصة - على التماسي بنزواتهم وبغرائزهم وبميوهم العذائية وصولاً إلى عرضها من خلال أديهم وكأنهم علماء نفس، مع أنهم لم يكونوا على دراية بهذا العلم».

ولو نحن وقفنا عند رواية الأبله فلنأخذ نجد فيها وصفاً نفسياً عميقاً ودقيقاً للسلوك الصرعي، ولعانة المريض، وذلك قبل أن يتمكن علم النفس من تحديد السلوك الصرعي وتصويره. إضافة إلى أن علم النفس لا يزال عاجزاً عن تحديد معاناة المريض بالوضوح الذي وصفه دوستوفسكي.

ب - الجانب النفسي لدى نجيب محفوظ:

ونأخذ مثالاً عليه رواية زقاق المدق، وتحديداً شخصية من شخصيات هذه الرواية هي شخصية «صاحب الوكالة»، فنلاحظ أن وصف هذه الشخصية يتطابق تماماً مع ما يسمى بالنمط السلوكي (أ)، وهو النمط الذي يعتبر سبباً من أسباب الإصابة بالذبحه القلبية^(٢). وهذا ما يحدث تحديداً مع صاحب الوكالة الذي يتبع هذا النمط السلوكي ويصاب بالذبحه القلبية شأنه شأن سائر متبعي هذا السلوك.

إن ما فعله محفوظ من خلال هذه الشخصية ينتمي إلى مبدأ المراقبة والمعاينة في علم النفس. حتى يمكننا أن نجزم أن هذه الشخصية هي شخصية واقعية، وأن محفوظ قد نجح بنقلها من خلال واقعية دقيقة استطاعت أن تجسد لنا النمط السلوكي (أ) بصورة أدق وأوضح وأسبق من تصوير علم النفس لها.

النتائج والخلاصات

علم النفس فرع من فروع العلوم الإنسانية، وتمايزه بتأني من قدرته على لعب دور الوسيط المفصلي بين هذه العلوم نفسها وبين فروع أخرى مثل الطب والفيزياء وأيضاً الإبداعات الفنية. إن علم النفس يفقد كامل فعاليته الإجرائية عندما يتخلل عن دور الوساطة هذا.

من هنا كان على جامعاتنا العربية أن توجه أبحاثها في الاتجاه الذي يدعم هذه الوساطة، ويكرس الفعالية الإجرائية للعلوم النفسية في مختلف الميادين والاختصاصات. فهذه المنهجية وحدها يمكن

(١) لقاء مع واضع نظرية القدر ليوبولد سوندي، مجلة الثقافة النفسية، العدد الرابع، تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٠.

(٢) محمد أحمد التنايلي: أمراض القلب النفسية، بيروت، الرسالة - الإيمان، ١٩٨٧.

لجامعاتنا أن تساهم في الحفاظ على شخصية إبداعية - علمية عربية تأخذ باللاوعي الجماعي العربي. لكن هذه المنهجية تقتضي جهوداً تكاملية عبر اختصاصية تتطلب مساهمة اختصاصيين من مختلف الفروع الإنسانية والتطبيقية الدقيقة، وذلك انطلاقاً من النقاط التالية:

١ - إن كل مبدع هو عالم بحقيقة النفس البشرية ومدرك لبعض جوانبها، وإلا كان الإبداع ناقصاً. من هنا ضرورة تكامل التجربة الإبداعية مع معطيات علم النفس.

٢ - إن ارتباط علم النفس بالعلوم الإنسانية هو ارتباط عضوي، ولا يمكن لأحد هذه العلوم أن يتطور بعيداً عن الآخر.

٣ - إن إلغاء وساطة علم النفس والإصرار على عزله عن عوامل اللاوعي الجماعي أمور فائقة الخطورة. فهي تفقد علم النفس فعاليته الإجرائية وتحوله إلى مجموعة مدارس عقائدية لا تناسب واقع مجتمعاتنا ولا تحترم خصوصياته.

٤ - إن تطوير العلوم النفسية في إطار عربي هو تطوير يفرض علينا العودة إلى تراثنا العلمي واللغوي للحفاظ على الأصالة ولإعادة التوازن إلى الذات العربية عن طريق تنظيم نكوصها والتحكم بسيرورتها. بهذا نجنب الذات العربية اللجوء إلى الحيل الدفاعية كمثّل التهاوي بالمعتدي والتهاوي الكلي بالآخر. إضافة إلى تقويم نظرة هذه الذات للأنا المثالية التي تتجلى بصورة هوائية غريبة مما يجعلنا على طريق نكاد أن نفقد فيه شخصيتنا القومية.

٥ - العمل على نبش تراثنا النفسي واللغوي والفلسفي وتحقيقه.

٦ - أن يتحقق التعاون بين أدبائنا ومبدعينها، وبينهم وبين اختصاصيين التفسيرين كخطوة على طريق ترسيخ شخصيتنا الإنسانية بعيداً عن الاغتراب الفصامي وعن نقل التهاجج الفكرية - الغريبة بوعي أو بدون وعي.

الفصل الثالث

الاختبار النفسي العربي

الاختبارات وتطبيقها في العالم العربي

عبادة التحليل النفسي هل لها الحق بطرح «منتج» اختبارها الخاص؟ وإلى أي مدى هي عبادة عربية تطمح إلى اختبار ذي خصوصية عربية.. على الأقل لأنه بين «فاحص» و«مفحوص» من فصيلة نفسانية واحدة، يتكلمان لغة أحزان وأفراح مشتركة، ويمارسان على أرض إنسانية واحدة جميع المشكليات والمعموم والكوابيس الواقعية والتخيلية في آن معاً؟

يُعتبر الاختبار النفسي اليوم الأداة الرئيسية للفحص النفسي وللعبادة النفسية على وجه العموم. ومهما اختلفت المذاهب والمدارس النفسية فإنها تتفق، على الأقل، على أهمية الاختبار ومكانته في العبادة. علماً بأن هذه المدارس تختلف في مفهومها لبدأ الاختبار والإسقاط والنهاية، وبالتالي فهي تختلف في أساليب تطبيقها للاختبار كما في أساليب استخراجها لنتائجه.

وهذه الاختلافات لا تنبع فقط من المنطلقات النظرية لكل مدرسة، بل هناك العديد من العوامل الأخرى المؤثرة في مدى فعالية اختبار ما، ومدى صحة نتائجه. وفي مقدمة هذه العوامل يأتي اللاوعي الجماعي المتحكم بشخصية المفحوص عن طريق تحكمه بضميره الأخلاقي. فالشخصية تتأثر بالدين وبالآعراف والقيم السائدة في المجتمع الذي تعيش فيه. وعلى هذا الأساس اضطر الباحثون إلى إجراء تغييرات على لوحات الاختبارات عندما طبقوها في المجتمعات الإفريقية والأمريكية اللاتينية.

من هنا نستنتج استحالة تطبيق أي اختبار نفسي وفق الأسس والأصول الغربية في مجتمعاتنا العربي، إذ إن القواسم المشتركة تكاد تنعدم، بل وتتناقض، في أكثر من ناحية. ونستطيع اختصار عوائق تطبيق الاختبارات الغربية في مجتمعاتنا بالنقاط التالية:

١ - من الناحية اللسانية، تُكتب اللغة العربية من اليمين إلى اليسار على عكس اللغات الغربية. ومن هذا الفارق ينبع الفارق بين معنى المناطق الرمزية موضوع التحليل. فالمنطقة اليمنى تمثل الماضي بالنسبة للعربي في حين أنها تمثل المستقبل بالنسبة للأجنبي. وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار قواعد علم الخطوط Graphologie [التي تعتمد عليها غالبية الاختبارات] لرأينا أن هذه القواعد غير صالحة للتطبيق على الخط العربي [أو على الأقل تحتاج لكثير من التعديل].

٢ - إن المجتمع العربي والمجتمعات الشرقية إجمالاً هي مجتمعات أبوية، بمعنى أنها تلقى

المسؤوليات على الرجل وتُلزمه بعدد من الالتزامات، مما يستتبع تمييز الرجل بعدد من الامتيازات وتصبح له السلطة على العائلة.

٣- تُرى المرأة العربية على التحفظ وعلى التحكم بإسقاطاتها. كما تُرى وفق مبادئ تدفعها نحو التسامي، وبالتالي نحو تقديس مبادئ العائلة والرباط الزوجي... إلخ. من هنا ينبع تحفظ النساء العربيات أمام الاختبارات، الأمر الذي يتسبب في التقليل من فعالية تطبيق الاختبار الغربي على المرأة العربية.

من هذه النقاط الثلاث الرئيسية تنبع مئات المعوقات التي تحول دون صلاحية الاختبار الغربي للتطبيق في المجتمع العربي، ما لم تُجرَّ عليه التعديلات المؤدية إلى ملاءمته للواقع واللاوعي الجماعي العربيين. وقبل أن نبحث في تفاصيل هذه التعديلات نود أن نعرض أولاً لمسألة تصنيف الاختبارات.

١ - تصنيف الاختبارات النفسية

نظراً لأهمية الاختبارات النفسية وموقعها في العيادة النفسية، نلاحظ تنامياً كبيراً في محاولات تعميقها وتقنيها، بل وإيجاد اختبارات جديدة، حتى وصل عدد هذه الاختبارات إلى المئات، مما يصعبنا أمام إشكالية تصنيفها. فهل تُصنّف وفق آليات استخراج دلائلها، فنقول بوجود:

أ - الاختبارات الإسقاطية.

ب - اختبارات التناهي.

ج - اختبارات ردود الفعل.

د - اختبارات الفعالية.

أم ندجاً إلى مبدأ آخر يُصنّفها وفق نوعية أدوات الاختبار، فنقول بوجود:

أ - الاختبارات المكتوبة، مثل اختبار الميول المرضية W.M.^(١) واختبار مينيسوتا M.M.P.I.

ب - الاختبارات المرسومة، وأشهرها اختبار تفهم الموضوع^(٢).

ج - الاختبارات المصورة. وأشهرها اختبار سوندي^(٣).

د - اختبارات الرسم. وأشهرها اختبار الشخص^(٤) والشجرة^(٥) والوقت^(٦).

هـ - اختبارات يقع الخبر وأشهرها اختبار رورشاخ^(٧).

(١) عرض هذا الاختبار مع تحليله (وتعليقه) في كتاب أصول ومبادئ الفحص النفسي، د. محمد أحمد السابلي، طرابلس، جروس برس، ١٩٨٩.

(٢) إسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع، نابلي - عقاد موصل، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

(٣) إسقاط الشخصية في اختبار سوندي، سلسلة الاختبارات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

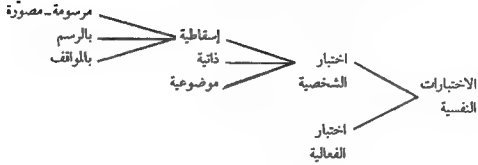
(٤) إسقاط الشخصية في اختبار رسم الشكل الإنساني، تأليف كارين ماكورفر، ترجمة د. سند زرق ليلة، بيروت، دار النهضة العربية.

(٥) إسقاط الشخصية في اختبار رسم للشجرة، سلسلة الاختبارات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

(٦) نظريات حديثة في الطب النفسي، تأليف البروفسورة اليزابيث موسون، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

(٧) اختبار رورشاخ، سلسلة الاختبارات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

وفي رأينا الشخصي أن أشمل تصنيف هو التالي:



٢ - تطبيق الاختبارات في المجتمع العربي

رأينا أن تطبيق هذه الاختبارات في مجتمعاتنا يصادف العديد من الصعوبات واحتياجات اللبس، مع ما تنطوي عليه هذه الاختبارات من مخاطر إعاقة، وربما سوء التشخيص، الأمر الذي قد يؤدي أحياناً إلى اتباع أساليب علاجية خاطئة.

إنطلاقاً من صفات الوقائع يمكننا القول بأن فعالية العيادة النفسية العربية ترتبط ارتباطاً مباشراً بالوصول إلى تكيف الاختبارات النفسية بما يلائم واقع المخصوص العربي. وهذه الحقيقة حاضرة تمام الحضور في أذهان الباحثين العرب في هذا المجال. بل إن قسماً من هؤلاء تخطى وعي المشكلة إلى مرحلة العمل على إيجاد الحلول لها، وفي طليعة هؤلاء نذكر أ.د. أحمد عبد الحائق ود. عدنان زهار اللذين عملا ولا يزالان على ترجمة عدد من الاختبارات المكتوبة وتعديلها بشكل ملائم. وتعال هذه الاختبارات مسألة تحديد علائم القلق لدى المخصوص العربي، وتجري في إطار الجمعية الدولية لأبحاث القلق. كما ننوه بأعمال الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة الذي أعد عدداً من الاختبارات وقتها في البيئة العربية لتصبح من أوائل ما يمكننا تسميته بالاختبارات العربية.

وصدارة هذه الأعمال لا تلغي أهمية الجهود التي بذلها آخرون في مجالات مثل الترجمة ومحاولات تطوير الاختبارات الشهيرة (دورشاخ، سوندي، إلخ) لتلائم المخصوص العربي، ومن هؤلاء نذكر د. سند رزق، إبراهيم ليلة، مترجم اختبار رسم الشكل الإنساني، ود. سعد عبد الرحمن، مترجم كتاب الاختبارات والمقاييس.

٣ - إشكاليات الاختبارات العربية

في ما تقدم لاحظنا اتفاق الباحثين العرب حول ضرورة إيجاد الاختبارات النفسية العربية. ولكن هؤلاء يختلفون في تصوراتهم لهذه الاختبارات كما في وسائل إعدادها. وبهذا نكون قد وصلنا إلى مناقشة الموضوع الأهم، في هذا المجال، ألا وهو كيفية التوصل إلى إيجاد الاختبارات النفسية الملائمة للعيادة العربية والمتماشية مع روح اللاوعي الجماعي العربي.

ومن الطبيعي هنا أن ينقسم الباحثون العرب بين مؤيد لأملوب معين ومعارض له، وذلك دون أن يعني هذا الاختلاف الشك بخطاء، أو بعدم صلاحية، أحد هذه الأساليب. ذلك أن هذا الاختلاف

إنما ينبع من تفاوت تقدير الباحثين لجدوى وفعالية وسرعة استخراج نتائج أسلوب دون غيره. وهكذا فإننا لا نفاجأ عندما نرى أحد باحثينا يعتمد أكثر من أسلوب في آن معاً. والآن ما هي الأساليب، موضوع الاختلاف، المقترحة لإيجاد الاختبارات النفسية العربية؟.

باختصار شديد، ومع ما ينطوي عليه الاختصار من احتمالات اللبس، يمكننا تقسيم هذه الأساليب إلى:

أ - الترجمة: ونعني بها ترجمة الاختبارات الأجنبية وتعريبها، ومن ثم إجراء التطبيقات التجريبية على هذه التعريبات، وذلك وصولاً إلى تقنين هذه الاختبارات وفق المقاييس العربية. هذا الأسلوب، وإن بدا سهلاً، يتميز بصعوبته الفائقة. فمثل هذه الأعمال تقتضي جهوداً شاقة يبذلها الباحث في إجراء الدراسات الموسعة مما يقتضي العمل الجاهي في إطار مؤسسات عدة متوزعة في أنحاء العالم العربي (وهذا غير متوافر حالياً).

هذا من جهة، أما من جهة أخرى فإن للترجمة نفسها إشكاليات عديدة. فلو قام الباحث بإجراء الترجمة الحرفية فإنه سيعطينا أفكاراً غير مقبولة [على الأقل غير واضحة]، أما إذا ترجم المعنى فلننا نلاحظ أن عوامل ذاتية للباحث تتدخل بما يمكنه أن يقود إلى اللبس وربما الخطأ. وعلى سبيل المثال نورد تجربة لنا: فلدى محاولتنا تطبيق اختبار رسم الشجرة على المقاييس العربية وجدنا التعليقات التالية: أرسم شجرة، أية شجرة باستثناء شجرة صنوبر. فكأنت النتيجة أن بعض مرضانا رسم لنا شجرة الأرز!! وما أن المقصود هو إبعاد المريض عن رسم شجرة معروفة فقد اضطررنا إلى إضافة عبارة وباستثناء شجرة الصنوبر أو شجرة الأرز. وإذا أضفنا إلى ذلك ضرورة مراعاة المناطق الإثنائية لرأينا أن ترجمة اختبار بسيط، مثل رسم الشجرة، تقتضي جهوداً ليست بالسهلة.

ب - أسلوب إعادة التقنين: وهذا الأسلوب أصعب من سابقه. فإذا كانت الترجمة تحفظ بالأسس العامة، وتحاول تحويلها بشكل ملائم، فإن إعادة التقنين تعني إعادة البحث إلى نقطة البداية، مما يعني تطبيق الاختبار على آلاف الأشخاص. ومثل هذه الإمكانات غير متوافرة لدى العديد من الباحثين العرب.

وعلى الرغم من هذه الصعوبات فإننا نشهد محاولات عديدة في هذا المجال. إلا أن هذه الجهود لم تتمخض لغاية الآن عن تقنين موضوعي مطبق على نطاق واسع في العالم العربي، ومرد ذلك في رأينا إلى عدم صلاحية أدوات الاختبارات الغربية. ولإيضاح هذه الفكرة دعونا نأخذ مثلاً اختبار القرية^(١). إن أدوات الاختبار تتألف من مجسمات أبنية على الطراز الغربي وأشجار غير معروفة لدى المبحوث العربي، مما يجعل من الطبيعي أن يتعثر العربي لدى محاولته تخيل هذه القرية. والتعثر هنا هو مقدمة لفشل الاختبار في الوصول إلى نتائج دقيقة. وفي حال إصرارنا على إعادة تقنين هذا الاختبار، سنجد أنفسنا نبذل الجهود المكثفة للحصول على نتائج هشة. هذا القول ليس بالفاعلة العامة، ولكننا نود التذكير باضطرار الباحث البلجيكي لتغيير لوحات الـ T.A.T لدى تطبيقه في أفريقيا (Ombredan, Leblanc).

(١) إسقاط الشخصية في اختبار رسم القرية، د. محمد أحمد النابلسي، بيروت، دار النهضة العربية.

ج - أسلوب إعداد الاختبارات الجديدة: هذا الأسلوب هو الأصعب، وصعوبته تصل إلى درجة الجمع بين بجمل صعوبات الأسلوبين السابقين تضاف إليها صعوبة إيجاد أدوات الاختبار الجديد وتأمينها. والواقع أن محاولات عربية عديدة بذلت في هذا المجال، وفيها يلي سنعرض تجربتنا الشخصية وذلك من خلال عرضنا لاختبار من نوع تفهم الموضوع.

٤ - اختبار «مدن»^(١)

إنه من نوع تفهم الموضوع. وهو موضوع معدّ كليّة في إطار «مركز الدراسات النفسية» (مدن). فقد تم رسمه وتطبيقه وتقنيته في المركز ومشاركة أعضائه. وزيادة في الحرص على تأكيد النتائج، طلبنا من مراسلي المركز الأجانب مساعدتنا في مراقبة مدى فعالية هذا الاختبار، وعلى هذا الأساس جرت دراسات حوله في المراكز العلمية التالية: معهد الاختصاصات الطبية - النفسية العليا في الأكاديمية المجرية، المعهد الوطني لأبحاث السرطان [بودابست]، جمعية العلاج النفسي المعتمد على الحركة Mouvement Thérapie، وبالإضافة، طبعاً، إلى أبحاثنا التي أدت إلى تقنين الاختبار ووضع موضوع الاستعمال. والواقع أننا في حديثنا عنه يمكننا الكلام على إعداداته ورسمه وتقنيته ولكننا لا نستطيع الكلام على إبداعه، ذلك أن المواقف التي يعرضها تشبه إلى حد بعيد مواقف موجودة في اختبارات أخرى. كما أن فكرته مشتقة (مقتبسة) من فكرة اختبار مسوري لفهم الموضوع (يعرف بالـ T.A.T.)^(٢).

إلا أن أهمية اختبارنا تنبع من كونه الاختبار العربي الوحيد الذي يأخذ بعين الاعتبار خصوصيات البيئة العربية سواء من حيث أدواته أو تفسيره أو تقنيته. كما أنه هو الوحيد، بين أمثاله، الصالح للتطبيق على عدة مستويات، وفي مجالات الطب النفسي... والبيكوسوماتيك واضطرابات السلوك والشخصية إجمالاً. وفيها يلي شرح لأهم ما فيه:

أ - أدوات الاختبار: يتألف الاختبار من تسع لوحات مرسومة على الطريقة السورالية باللونين الأبيض والأسود. وفي هذه اللوحات تتبدّى بغموض بعض الشخصيات التي يُفترض بالمفحوص أن يوضحها وأن ينسج الروايات حولها. وهذه الصور (اللوحات) موزعة كالتالي:

الأولى: تمثل وجهاً كبيراً غير مكتمل.

الثانية: تمثل جسداً غير مكتمل الملامح مع عدة شخصيات ثانوية.

الثالثة: وهي مثال اللوحة السورالية.

الرابعة: تحوي خمس شخصيات رئيسية غامضة.

الخامسة: تحوي شخصيتين في وسط اللوحة.

السادسة: وفيها أربع شخصيات رئيسية.

(١) هذا الاختبار منشور مع أدواته بدار النهضة العربية في كتاب إسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع، نابلي - عقاد موصلي. مرجع سابق، وقد أسمينا هذا الاختبار واختبار مدنة نسبة إلى مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية.

(٢) Thematic Apperception Test أو اختبار تفهم الموضوع.

السابعة: يظهر فيها مركب وبعض الشخصيات .

الثامنة: فيها أربع شخصيات بالغة الغموض .

التاسعة: شخصيات غامضة مع دائرة تمثل الأبراج .

ب - بين موري ومدن: فيما يلي تعرض لنقاط الاختلاف بين الاختبار الأصلي والاختبار المشتق منه. ونوضح نقاط الاختلاف على النحو الآتي:

١ - إن جميع لوحات مدن مرسومة في حين يحتوي اختبار موري على بعض الصور الفوتوغرافية والتابلوهات المعروفة .

٢ - يصل عدد لوحات موري إلى إحدى وثلاثين لوحة في حين أن عدد لوحات مدن هو تسع نقط .

٣ - إن جميع لوحات مدن مرسومة باللونين الأبيض والأسود .

٤ - تمثل لوحات مدن صوراً مرسومة لأشخاص بطريقة غامضة .

٥ - هنالك العديد من الاختلافات المتعلقة بطرائق التطبيق واستخراج النتائج .

ج - تعليقات الاختبار: يتوجه الفاحص للمفحوص بالقول: سأعرض عليك عدداً من الصور. ترمز كل واحدة منها إلى فكرة وموضوع مختلفين عن باقي الصور. ومن الممكن أن تجد نفسك منجذباً للتركيز على شخصيات الصورة أو تتجاوزها. وهكذا، فإن كل واحدة من هذه الصور ستختلف لديك انطباعاً مميزاً وستلذذ عندك مجموعة من الأحاسيس. والمطلوب منك هو تليخيص هذه الانطباعات عن طريق إجابتك على سؤالين هما:

(أ) ماذا ترى في الصورة؟

(ب) كيف تتخيل مجرى الأحداث في الصورة؟

هذا مع تنبيه المفحوص إلى أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، بل هنالك إجابات مميزة لكل شخصية ولكل نمط نفسي على حدة .

د - استخراج النتائج: كاختبار موري، يعتمد اختبار مدن مبدأ الإسقاط لاستخراج نتائجه. فالمفحوص يُسقط مشاعره وصراعاته في الروايات التي يحكيها حول اللوحات، وفي هذه الروايات يكون المفحوص هو الشخصية الرئيسية والمحركة لها .

فالرياض المكتئب الحزين يروي القصص التي تحتوي على أفكار الكارثة . وهو يردد كلمات من نوع الخوف، البكاء، الاكتئاب، الموت... .

أما إذا كان المفحوص سعيداً فإنه يروي القصص التي تمكس تفاؤله . وهو يستعمل كلمات مثل السرور، الرقص، التفاؤل، الأمل، للمهرج... إلخ .

على هذه الأسس يمكن الفاحص النفسي، الخبير بمبادئ الإسقاط والمتدرب بقيادة الفحص النفسي، من استخراج النتائج بسهولة فائقة وصولاً إلى تشخيص واضح ودقيق . وهذا ما يدعم استخدام الاختبار في عيادة الطب النفسي، حيث يتركز الفحص على المظاهر النفسية - المرضية ويستند

إليها. في هذه الحالة يقتصر دور الاختبار على توجيه الفحص النفسي، فالمفحوص يُضَمَّن رواياته، حول اللوحات، الكثير من عناصر قلقه. والطبيب، عن طريق تبيين هذه العوامل، يمكنه توجيه حوارها بأنماطها.

أما بالنسبة للتطبيق العملي فقد وجهنا دراستنا إلى النواحي الآتية:

- ١ - التطبيق السطحي.
- ٢ - التطبيق العميق.
- ٣ - تطبيق الاختبار في البسيكوسوماتيك.

٥ - التطبيق السطحي للاختبار

في هذه الحالة نطلب من المفحوص أن يكتب لنا إجاباته حول كل لوحة، على أن يوزَّع إجاباته إلى:

أ - ماذا يرى في الصورة؟

ب - ماذا يجري في الصورة - ماذا يفعل هؤلاء الأشخاص؟

بعد انتهاء عرض اللوحات التسع وكتابة المفحوص لإجاباته حولها، نأخذ ورقة الإجابة ونضع علامات تراوح بين (-) و(+).

فبالنسبة للإجابات (أ)، نضع العلامات التالية:

- (٢-) للإجابات من نوع إنهم شياطين، مجرمون... إلخ.
- (١-) للإجابات من نوع إنهم أناس عاديون ولكن حزائي.
- (صفر) للإجابات المجردة مثل: إنهم مجرد أشخاص.
- (١+) للإجابات من نوع إنهم أشخاص مفكرون أو عاملون... إلخ.
- (٢+) للإجابات من نوع إنهم أشخاص سعداء... إلخ.

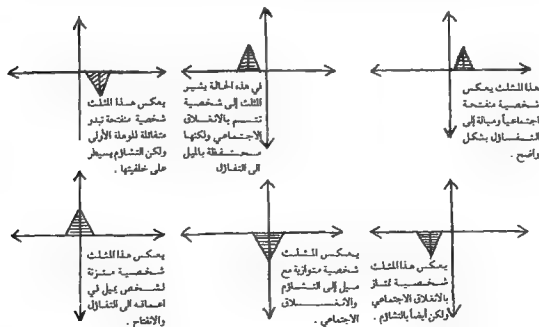
أما بالنسبة للإجابات (ب)، أي الروايات حول اللوحة، فنضع العلامات التالية:

- (٢-) للروايات من نوع إنه مأمم.
- (١-) للروايات من نوع: يبلو عليهم الإرهابي.
- (صفر) للروايات المجردة من نوع إنهم يتابعون حياتهم العادية.
- (١+) للروايات من نوع إنهم يلعبون.
- (٢+) للروايات من نوع إنها حفلة راقصة.

وبعد وضعنا هذه العلامات ننقلها إلى الجدول التالي:

	الإجابات (أ)			الإجابات (ب)			(ج)		
	٢-	١-	صفر	٢+	١+	٢+	-	صفر	+
اللوحة الأولى									
اللوحة الثانية									
اللوحة الثالثة									
اللوحة الرابعة									
اللوحة الخامسة									
اللوحة السادسة									
اللوحة السابعة									
اللوحة الثامنة									
اللوحة التاسعة									
المجموع الجزئي									
المجموع									
المعدل									

بعد حصولنا على مجموعة العلامات في (أ) و (ب) نستخرج منها العلامة ج وهي تساوي مجموع العلامات (ب) ناقص مجموع العلامات (أ). وبهذا نحصل على ثلاثة أرقام: أ، ب، ج وننقلها على المتعامدين فنحصل على مثلث. أما عن الاحتمالات الممكنة الحدوث بالنسبة لهذه المثلثات فهي التالية [أنظر الشكل أدناه]:



٦ - التطبيق العميق للاختبار

يأخذ هذا التطبيق منحىً تحليلياً - نفسياً، بحيث يستوجب إضافة إلى العناصر المذكورة أعلاه مراقبة ردود فعل المفحوص [لا يجري الفحص كتابة وإنما على شكل حوار يقوم فيه الفاحص بتدوين الإجابات]. ثم يعمد الفاحص إلى تحليل إسقاطات المفحوص وروايته وكأنها حلم يقظة. وبمعنى آخر، فإن التفسير العميق لـ «اختبار مدن» يأخذ مجرى تحليل الأحلام، تماماً كما يحدث في الاختبارات الإسقاطية الأخرى. وللإختصار، نورد الأمثلة التالية:

أ - في حالات الفصام العقلي: في هذه الحالة يمكن أن يرفض المريض الاختبار، إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تتضح لنا من خلال تأخره في إعطاء الإجابات. كما أنه من المألوف أن يرفض المفحوص متابعة الاختبار حتى نهايته، فيُدّعي التعب أو يلجأ إلى الرفض المباشر.

ونحن خلال إجابات المفحوص نلاحظ العلامات التالية:

- التعلّق بالتفاصيل الثانوية مع العجز عن جمعها في فكرة واحدة مترابطة.
- تكرار تمثّل الحيوانات في اللوحات.
- تكرار التركيز على الأشكال الهندسية وتمثّلها.
- غرابة أفكار الروايات.
- علائم رهاب المحيط، وتتجلى من خلال الروايات التي تعكس الخوف.
- أحياناً رفض متابعة الاختبار.

ب - في حالات الانهيار: تنسم الروايات بالعلامات التالية:

- الانغلاق النفسي - العاطفي.
- التركيز على مشاعر الخسارة والكارثة.
- عدم الثبات النفسي الانفعالي.
- الروايات المتفتضة والقصيرة.
- علائم رفض الاختبار.

ج - في حالات القلق: تمتاز الروايات بالعلامات التالية:

- علائم الخوف.
- عدم الثبات النفسي الانفعالي.
- تكرار أفكار الروايات.
- تفاوت درجات تجاوب المفحوص مع الاختبار.

٧ - تطبيق الاختبار في البسيكو سوماتيك

في هذا المجال نركز على العلامات المتبدية لدى مرضى الربو، فنلاحظ أن إجاباتهم تنسم بالعلامات التالية:

- مظاهرات غير متوقعة.
- وصف الأحاسيس الذاتية أثناء النوبات.
- الانغلاق الاجتماعي.
- عدم الثبات النفسي - الانفعالي.
- فقر الروايات مما يعكس التحفظ، أو غناها مما يعكس مظاهر هستيرية.

٨ - أهمية الاختبار العربي

إيجاد الاختبار العربي هو الخطوة نحو إرساء المدرسة العربية لعلم النفس وللمطب النفسي. فمثل هذه المدرسة لا يمكنها أن تقوم ما لم توجد التصنيف العربي للاضطرابات والأمراض النفسية، والاختبار النفسي هو العامل الرئيسي للبحث في إيجاد هذا التصنيف. ونحن إذ ندعو إلى إرساء أسس المدرسة العربية فإن ذلك لا يعني بحال رفضنا للتصنيفات الأجنبية، بل جل ما نقصده هو تطوير هذه التصنيفات وتعديلها لتلائم خصائص الإنسان العربي.

لنأخذ مثلاً ما يتفق الغربيون على تسميته بـ «التحفظ الاجتماعي»، وهو عارض لا يوليه الفاحص الغربي أهمية خاصة مع ميله إلى اعتباره من خصائص الشخصية المنغلقة، اجتماعياً. وهذا صحيح، وصحته تؤكدنا التجربة، بالنسبة للمريض الغربي. ولكنه غير صحيح بالنسبة للإنسان العربي. وحول هذه النقطة بالذات أورد الحالة التالية:

أثناء عملي في إحدى المستشفيات الأوروبية عرض عليّ أحد الزملاء حالة مريض عربي في الحادية والعشرين من عمره [أنى خصيصاً للعلاج]. ولدى مناقشتنا للحالة، وتبادلنا الآراء حولها، رأيت زميلي ميالاً إلى تشخيص «تناذر غانسر» في حين رأيت فيها بداية تقليدية لمرض الفصام.

وكانت نقطة الخلاف الرئيسية بيننا هي ما اعتبره زميلي تحفظاً اجتماعياً، وما اعتبرته أنا عزلة وانطوائية. وقد شرحت للزميل خصائص العلاقات في الأسرة العربية والترابط المتين في إطار هذه العائلة، مما يجعل من عزلة أحد أفرادها بصورة مفاجئة نوعاً من الاضطراب المرضي الملفت للنظر، بل وربما مقدمة لمظاهر الشعور بالغربة عن المحيط وعن الذات، وهي من العلائم الأولى للفصام.

في هذا المثال نرى أن اختلاف التصنيف واعتداد أساليب الفحص الغربية خطوات من شأنها أن تقودنا إلى التشخيص الخاطئ وبالتالي نحو العلاج الخاطئ.

واليوم إذ ننظر إلى محاولات برجة التصنيفات الأجنبية على الحاسوب، ويرجمة عدد كبير من الاختبارات النفسية، نجد أنفسنا بعينين جداً عن مثل هذه الطموحات، وذلك لأننا لم نخطُ بعدُ خطواتنا الأولى في هذا المجال. ونحن بالطبع لا ندعي أن الاختبار الذي عرضناه هو الأفضل، بل إن ما ندعو إليه هو تنسيق الجهود للعمل على إيجاد الاختبارات والمقاييس والتصنيفات التي من شأنها أن نجتنبنا مزالق اللبس والغموض وسوء التشخيص. فبهذه الطريقة وحدها نستطيع أن نأمل باستغلال ترجمة البرامج الحاسوبية إلى العربية وتطبيقها في مجال الصحة النفسية. والواقع أن قدرتنا على استخدام الحاسوب في هذه المجالات، تعطينا إمكانيات نجعلنا نطمح في تعويض هذه الناحية وغيرها من نواحي القصور، وذلك وصولاً إلى تحقيق الخطوات على طريق المدرسة العربية للمطب النفسي ولعلم النفس.

الفصل الرابع

أزمات المصطلح النفسي العربي وإشكالياته

إن للمصطلحات العلمية ليست مجرد كلمات تُضاف إلى اللغة أو تُشتق منها. فهذه المصطلحات هي الدماء التي تغذي النظام الرمزي الأساسي للأمة والمتمثل باللغة. كما أن مصطلحات كل علم من العلوم هي بحد ذاتها عماد هذا العلم الذي يشكّل بدوره نظاماً رمزياً جديداً أو مطوراً للإرهاصات الأولى لهذا العلم. على أن هذا الأمر يختلف باختلاف طبيعة العلوم. فنقل العلوم البحتة، وكذلك العلوم القابلة للتعميم، يتم بالترجمة وذلك على خلاف العلوم غير القابلة للتعميم وخصوصاً العلوم الإنسانية. حيث يستلزم نقل هذه العلوم غشياً عسيراً نطلق عليه مصطلح «قاصر» في رأينا لأن نقل هذه العلوم يتخطى التطوع إلى إعادة نظر شاملة بالمطلقات النظرية والعملية المولدة للمصطلح الأجنبي. فإذا ما أمهنا ذلك فإن النتائج ستكون كارثية.

لنتيان هذه النقاط لنجأ إلى تجربتنا في مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية الذي طرح مشروعه الخاص لمدرسة نفسية عربية وعقد الندوات والمؤتمرات لهذا الغرض^(١).

١ - ضرورة تعريف العلوم النفسية:

تلعب العلوم النفسية، الطب النفسي خاصة، دور الوسيط المفصلي بين الطب (وهو علم قابل للتعميم) وبين العلوم الإنسانية، مع ما في هذه الوساطة من تجاذب مشترك بين العلوم النفسية (عل) صميدي النظرية والممارسة) وبين كل من الطب والعلوم الإنسانية بتطبيقاتها المختلفة.

بالانتقال من النظري إلى العملي أذكر بداية تعاوننا مع الدكتورة موسون^(٢) واضعة اختبار رسم الوقت (الزمن). تلك البداية تجلّت بالعمل على تطبيق هذا الاختبار في البيئة العربية. فطبّقناه في لبنان

(١) - مؤتمر «نحو علم نفس عربي»، عقده مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية في طرابلس - لبنان (كانون الثاني/ يناير، ١٩٩٢).

- الموسم الثقافي لمركز الدراسات النفسية - الجامعة اللبنانية/ الفرع الثالث، ١٩٩٣.

- ندوة والثقافة النفسية في القاهرة، مجلة الثقافة النفسية (بيروت، دار النهضة العربية)، العدد الثامن عشر، ١٩٩٤.

- مقابلة مع فرج عبد القادر طه، تناولت موضوع المصطلح النفسي وأزماته، مجلة الثقافة النفسية، العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.

(٢) - إليزابيث موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩. والمؤلفة هي رئيسة فرع =

على لبنانيين وسوريين وفلسطينيين ومصريين. كما طبقناه في معهد الاختصاصات العليا في بودابست على ليبين ويمين. فكانت النتيجة أن العرب جميعاً يقلبون مجرى سيلان الوقت في رسوماتهم. فهم يرسمون الماضي إلى اليمين والمستقبل إلى اليسار على عكس ما يفعله الأجانب.

لهذه الملاحظة (يمكن للمراء اختيارها) أبعاد عميقة وبالغة الدلالة. فالإنسان عندما يرسم الزمن فهو يُسقط نفسه في الزمان والمكان معبراً بذلك عن أسلوبه في معاشة الحياة والزمن ككل. لذلك فإن فهم حقيقة هذا الانقلاب يقتضي منا الرجوع إلى مفهوم الفلسفة للزمن (برجسون خصوصاً). كما يقتضي منا الرجوع إلى أدبيات الطب النفسي الخاصة بأساليب معاشة الزمن لدى المرضى والأسوياء (خصوصاً كتاب الوقت المعاش لـ منكوفسكي^(*))، كما أن شرح أبعاد هذه الملاحظة يقتضي عرض مئات الرسوم وشرحها^(١). لذلك سنكتفي بعرض الملاحظات تاركين للقارئ مسألة استشفاف أبعاد هذه الملاحظة من خلالها.

١ - إن تحليل الاختبارات المرسومة، ومنها رسم الوقت، يعتمد على مبادئ حاول ماكس بيلشر Max Pulver قوليتها في جدولته الشهير، حيث يعتبر يسار الرسم تعبيراً عن الماضي وأسفل اليسار انعكاساً للاوعية، في حين يعتبر يمين الرسم تعبيراً المفحوص عن تحيله للمستقبل وعن طموحاته المستقبلية^(٢).

هنا نسأل ماذا يحدث لو نحن طبقنا هذا البداء على المفحوص العربي؟ إننا سنحول طموحاته إلى لاوعي، وسنحول لارعيه إلى مجرد تطلعات مستقبلية وعندها سنضع له تشخيص الفصام؟...

٢ - يقوم الفصامي الأجنبي بإقلاب مجرى سيلان الوقت عندما يكون في حالة نكران الهوية الذاتية (يرفض إتيامه لأهله أو لمجتمعه... إلخ). وكذلك يفعل الفصامي العربي فيرسم عندها الماضي إلى اليسار والمستقبل إلى اليمين. فإذا حللنا رسمه وفق المبادئ الأجنبية فإنه سيتبدى لنا سلباً وستحكم بسوائه^(٣).

٣ - من الحالات التي تسمح بتعميم هذا الاختبار نذكر الرسومات التي يشير راسموها إلى الوقت برسمهم ساعة بواحد من أشكالها المعروفة (ساعة يد أو حائط أو ساعة رملية... إلخ). لكن أي رمز إضافي في هذه الرسومات يعود ليطرح المشكلة نفسها.

٤ - تختلف دلالات الرموز المستخدمة في الرسم باختلاف الثقافات، ويزداد تعقيد هذا

= الطب النفسي في معهد الاختصاصات العليا في بودابست حتى عام ١٩٩١. ورئيسة سابقة للجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي. وقد ترجم مركز الدراسات النفسية أحد كتبها الهامة.

(*) E. Minkowski, *Le temps vécu*. Editions Nislé - de la chaux, 1971. وهو غير مترجم، ولكن مجلة الثقافة النفسية قدمت عرضاً له.

(١) الزبايت موسون: «اختبار رسم الوقت»، مجلة الثقافة النفسية، المجلد الأول، ١٩٩٠.

(٢) مجموعة مؤلفين: «اختبار رسم الشجرة»، مجلة الثقافة النفسية، المجلد الحادي عشر، ١٩٩٢.

(٣) الزبايت موسون وعمد أحد النابلسي: «اختبار رسم الوقت في أوضاع الكثرة» - عاصرة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي - أثينا (١٩٨٩)، منشور في مجلة الثقافة النفسية، المجلد الثاني، ١٩٩٠.

الاختلاف عندما تُستخدم هذه الرموز للتعبير عن المجردات. من هنا عدم إمكانية إلغاء الفوارق عبر التقافية في مثل هذه الحالات.

بعد هذه الملاحظات قد يُفاجأ القارئ إذا ما عرف أن كل الكتب والمقالات العربية التي تناولت موضوع الاختبارات المرسومة قد ترجمت جدول ماكس ييلفر كما هو ودون أي تعديل. كذلك فهي قد ترجمت تحليل هذه الاختبارات بدون أي تعديل أيضاً. ثم نجد في المقابل خلافات هؤلاء المؤلفين والمترجمين حول تفاصيل إصطلاحية تصبح دون معنى إذا نحن قبلنا بتعميم التحليل واستخراج النتائج دون الاهتمام بمدى صحتها أو خطئها.

في مثل هذه الحالات فإن الأمر يتعدى مجرد تطبيق اختبار وصولاً إلى نتائج الموضوعية إلى عرض أسلوب أمة كاملة في معاشية مختلفة للزمن وفلسفة مختلفة للحياة وذلك وصولاً إلى إعلان حقنا في هذا الاختلاف وأيضاً شرحه حتى لا نُنهم بأننا أمة من الفصامين. لكن المؤلف أن بعض اختصاصيينا يتعمدون عن الخوض في عمق المسألة ويتلهون بالعمل على استنباط مصطلحات رديفة لمصطلحات موجودة بهدف إثبات الوجود لا غير.

٢ - القواعد العامة لمناقشة المصطلح:

نأسف لتقرير واقع اشتقاقنا لهذه القواعد من خلال الندوات التي عقدناها أو شاركنا فيها بهدف مناقشة أزمة المصطلح النفسي العربي. من هذه القواعد ما نراه أساسياً لارتباطه بقواعد اللياقة وبأحد أبسط مبادئ الحوار والتواصل وهو الحق في الاختلاف. لذا نرى ضرورة التركيز على النقاط الآتية:

أ - الصفات الواجب توفرها في طارح المصطلح:

إن العمل المعجمي هو عمل موسوعي يقتضي تعاون ومشاركة مجموعة متنوعة من الاختصاصات. فلو أخذنا المعجم النفسي مثلاً فإننا نجد ضرورة مساهمة اختصاصيين من مختلف الفروع النفسية (طب نفسي وتحليل نفسي وعلم نفس عيادي واجتماعي... إلخ) إضافة إلى لغويين يصدقون في صحة المصطلح المطروح ومرونته وقابليته للاستخدام وللاشتقاق اللغوي. كما يستوجب هذا المعجم مشاركة تراثيين مطلعين على التراث العربي الطبي والفلسفي.

ولعله من المؤلف التقرير بأن عقبات عديدة تحول دون هذا التعاون بحيث تأتي غالبية أعمالنا المعجمية نتيجة مجهود فردية تعتمد مناهج مختلفة منها على سبيل المثال لا الحصر: ^(١)

١ - ترجمة المعاجم الأجنبية: حيث عرفت المكتبة العربية عدة محاولات في هذا الاتجاه.

٢ - ملحقات الترجمات: وهو أسلوب يعتمد على بعض المترجمين والمؤلفين العرب.

٣ - العمل المعجمي الأصيل: وهو نادر في مكتبتنا العربية، ويحتل الكثير من النقد والنقاش.

(١) ذكرنا سابقاً ترجمة الدكتور مصطفى حجازي لمعجم مصطلحات التحليل النفسي وملاحق المصطلحات المثبتة في نهاية ترجمت مصطفى زيور وفريقه، ومعجم علم النفس والتحليل النفسي التي وضعها الدكتور فرج عبد القادر طه ومشاركوه (راجع الفقرة الثالثة من الفصل الأول من هذا الكتاب).

هذا بالنسبة للنماذج الجيدة التي تقابلها نماذج في غاية السوء ومنها نذكر:

١ - المعاجم التجميعية: حيث تتألف هذه المعاجم من مجموعات مقطعة من معاجم مختلفة تستخدم غالباً مصطلحات مختلفة، الأمر الذي يربك القارئ ويضفي عدم التوازن على هذه المعاجم بالإضافة إلى انعدام الأمانة العلمية فيها.

٢ - المعاجم المنقولة: حيث نجدها مجرد محاولات فاشلة لاختصار معاجم عربية أو أجنبية.

٣ - المعاجم التجارية: وغالباً ما تكون ترجمة تجارية لأحد المعاجم الأجنبية وغالباً ما تأتي على يد مترجمين غير متخصصين.

أمام هذه الوقائع عملت لجنة المصطلح في مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية على وضع واقتراح مجموعة من المعايير والشروط الواجب توفرها في الاختصاصي الذي يتصدى لطرح مصطلحات جديدة واقتراح استبدال مصطلحات قديمة أو مناقشتها. بناء عليه حددت اللجنة المواصفات التالية لطرح المصطلح.

١ - أن يملك المستوى العلمي الذي يؤهله لهذه المناقشة، في حقل الاختصاص الدقيق للمصطلح موضوع المناقشة.

٢ - أن يكون لديه نتائج تألّفي يثبت خبرته في التعامل مع المصطلحات بمختلف اشتقاقاتها اللغوية واستخداماتها، مما يقتضي حكماً أن يكون هذا الإنتاج ذا مستوى أكاديمي راقٍ.

٣ - أن لا تستند طروحاته إلى أخطاء لغوية شائعة أو إلى لهجة أو تيار قطري أو إلى أحد المعاجم اللغوية الحديثة.

٤ - أن يكون قد أثبت احترامه لقواعد الأمانة العلمية ولياقتها من خلال ممارسته كافة.

٥ - أن يثبت احترامه للمقامات العلمية وللموضوعية العلمية بعيداً عن الطروحات الترجسية والرغبة بالاختلاف من أجل الاختلاف.

٦ - أن يكون ملماً إلماماً وإتقاناً باللغة الأصلية للمصطلح وألا يكون طرحه مستنداً إلى لغة أجنبية غير اللغة الأصلية التي ورد فيها للمصطلح.

٧ - أن يكون متقناً للغة العربية ومطلعاً على مصطلحاتها التراثية وقادراً على تجنب الأخطاء اللغوية الشائعة.

٨ - أن لا يحاول النيل من مصطلحات صحيحة لغوياً ومستوفية الشروط العلمية ومتمتعاً بقبول المتخصصين في المجال الدقيق.

٩ - أن لا تحمل المناقشة طابع الهجوم الشخصي على أفراد أو جمعيات أو مؤسسات.

ب - مواصفات المصطلح المقبول:

حددت أسرة الثقافة النفسية شروطها لقبول المصطلح النفسي في سياق تقديمها لمعجم الثقافة

النفسية لمصطلحات الطب النفسي^(١). هذه الموصافات كانت التالية:

- ١ - وضوح دلالة المصطلح على المعنى المقصود وحسن تصويره له.
 - ٢ - أن تكون موضوعية بحيث يمكن أضفاؤها على جوانب واستعمالات للدلول كافة.
 - ٣ - تجنب استخدام مرادفات عربية متعددة للمصطلح الأجنبي الواحد.
 - ٤ - الإيجاز والاختصار وتجنب الكلمات المركبة مع اللجوء إلى النحت عند الحاجة.
 - ٥ - وضع المصطلح بعد الرجوع إلى أصله الأجنبي والتعمق في معرفة هذا الأصل وجذوره.
 - ٦ - أن يسمع المصطلح بالاشتقاقات اللغوية اللازمة لاستخدامه في المقامات المختلفة.
 - ٧ - تجنب الألفاظ والكلمات العامية والأخطاء اللغوية الشائعة.
 - ٨ - أن يكون المصطلح قابلاً للضبط بتطبيق قواعد تحديد شكل الاصطلاح.
 - ٩ - أن تجري المقارنة بين المصطلح المقترح وبين الاستعمالات اللسانية العربية وذلك بالعودة إلى تراثنا اللغوي وإلى لسان العرب لابن منظور خصوصاً.
- يلاحظ القارئ أن هذه الموصافات لا تقتصر على المصطلح النفسي بل هي قابلة للتعميم والتطبيق على المصطلحات العلمية على وجه العموم، ومع ذلك يتم تجاوزها في غالبية المعاجم النفسية العربية.

ج - المصطلحات ذات الخصوصية الثقافية:

إن الفرع عبر الحضاري في العلوم النفسية أنتج العديد من المصطلحات ذات الخصوصية الثقافية. لكن ضعف الاختصاص وبثرة الجهود العربية في هذا المجال كانا حائلًا في وجه عملية إرساء مصطلحات نفسية ذات خصوصية عربية. مع ذلك نجد في الأدبيات النفسية العربية أبحاثاً تعرض لهذه الخصوصية ولكن دون أن تتمكن من إدراج مصطلحات خاصة بها على الصعيد العلمي. من الأمثلة على هذه الأبحاث نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

- ١ - تناذر الزوجة الأولى: د. حسين درويش (مؤتمر أثينا ١٩٨٩)^(٢).
- ٢ - حالة اضطراب عقلي عابر في منطقة وسط القرات: د. عبد القادر الشيكلي (مؤتمر أثينا ١٩٨٩)^(٣).
- ٣ - هذيان المهلوية (رديف لهذيان الموسوية): د. محمد أحمد التابليسي^(٤)، (الثقافة النفسية).
- ٤ - خصائص مخاوف الموت: د. أحمد عبد الحائق^(٥).

(١) مجموعة من الباحثين: «معجم مصطلحات الطب النفسي»، مجلة الثقافة النفسية، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.

(٢) مجلة الثقافة النفسية، العدد الثاني، ١٩٩٠.

(٣) المرجع نفسه.

(٤) رابع الماعش (١) أعلاه.

(٥) أحمد محمد عبد الحائق: قلق الموت، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، آذار/ مارس، ١٩٨٧.

٥ - الخصوصيات الماورائية في المعاشة العربية^(١): د. محمد فخر الإسلام (الثقافة النفسية).

٦ - مظاهر عيادية مرتبطة بالعوامل الثقافية^(٢): د. فاروق السديوني (الثقافة النفسية).

ونكتفي بهذا القدر من الأمثلة لنعود فنذكر: أن تعريب العلوم النفسية يتخطى جميع أزمات وإشكاليات المصطلح إلى ضرورات تعديل النظريات ومبادئ الممارسة وصولاً إلى إقلاصها للضد في بعض الحالات، كمثل حالة الاختبارات المرسومة المشار إليها سابقاً، مما يضيف شروطاً جديدة إلى المواصفات المطلوبة في المصطلحات العربية المقترحة. حيث نقترح هنا تقسيم النصوص الأجنبية ومصطلحاتها إلى قسمين: ١ - قابلة للتعميم (بإثبات قابليتها للاستخدام العيادي والعملي)، و ٢ - غير قابلة للتعميم، بمعنى أنها تتناقض مع معطيات الواقع المعيش في مجتمعنا. في هذه الحالة سنجد أن الأمر يتخطى إشكاليات المصطلح إلى ضرورات إدخال تعديلات جذرية على الميكانيك النظرية وإعادة النظر بالخلفيات الفكرية - الفلسفية التي تقوم عليها هذه الميكانيك. هنا نتوقف عن المتابعة لاستحالتها بسبب عواقب وحواجز غير ممكنة الاختراق وموزعة على صعيدين: ١ - قصورنا الذاتي (على صعيد الخبرات والإمكانات العلمية والمادية والتكاملية)، و ٢ - عوامل التبعية الثقافية، حيث يتعصب بعض باحثينا العرب للنظريات الأجنبية تعصباً لا نجده عند واضعي هذه النظريات من العلماء الأجانب أنفسهم. ونكتفي بهذا القدر حتى لا نقود أنفسنا إلى التفاصيل التي يكمن الشيطان في طياتها.

د - ضبط سياسة ترويع المصطلحات:

إن مراجعة سطحية للإصدارات النفسية العربية^(٣) تبين لنا أن الكتب الرائجة ومتعددة الطباعات هي كتب ثقافية نفسية عامة ممددة أو مترجمة بطريقة عشوائية ومستويات مختلفة. بحيث يكون الرواج متعلقاً بقدرة الناشر على التوزيع أكثر من ارتباطه بالمستوى العلمي للعمل. هذا الرواج هو الذي يحدد انتشار المصطلح، بحيث يكون هذا الانتشار مرتبطاً بمجموعة عوامل ليس من بينها عامل صلاحية المصطلح وجديته، مما يساهم في تعقيد فوضى المصطلحات في المكتبة العربية وأيضاً في تعميم وانتشار مصطلحات سنجد صعوبات جمة لدى محاولتنا إلهاماً بأخرى أكثر ملاءمة ودلالة.

٣ - على طريق ضبط المصطلحات النفسية العربية:

إن تجربتنا المحدودة لا تتيح لنا الجراءة لتعميم مقترحاتنا حول هذا الموضوع، من هنا محدودة تطبيقنا لهذه المقترحات. حيث عمدنا إلى تطبيق تجربتنا بصورة أولية على إنتاج مركز الدراسات النفسية وعلى مجلته الثقافة النفسية. هذه المقترحات التي استوحيناها من خلال برنامج متعدد المراحل نوجزه على النحو الآتي:

أ - عقد الندوات الخاصة لمناقشة موضوع المصطلح بمختلف وجوهه (اللغوية واللسانية والعلمية

(١) محمد فخر الإسلام: دلحة عن الاضطرابات النفسية في العالم العربي، مجلة الثقافة النفسية، العدد السادس عشر، ١٩٩٤.

(٢) دليل الكتب النفسي العربي، مجلة الثقافة النفسية، العدد الثاني عشر، ١٩٩٢.

(٣) المرجع نفسه.

الدقيقة) والمشاركة الإيجابية في المناقشات الدائرة حول الموضوع. إضافة إلى إجراء المقابلات واللقاءات الشخصية في المتحى ذاته.

ب - المشروع التوثيقي للثقافة النفسية: وهو يتضمن المراحل التالية:

- دليل الكتاب النفسي العربي^(١) (مع دراسته دراسة تحليلية مفصلة).
- دليل الاختبارات النفسية العربية^(٢).
- دليل الأطباء النفسيين العرب^(٣).
- دليل الاختصاصيين النفسيين العرب^(٤).
- دليل الجمعيات النفسية العربية^(٥).

ج - طرح معجم الثقافة النفسية للمناقشة: حيث نشر على ثلاثة أجزاء هي:

- معجم مصطلحات الطب النفسي (الثقافة النفسية، العدد ١١).
- معجم مصطلحات علم النفس (الثقافة النفسية، العدد ١٢).
- معجم مصطلحات التحليل النفسي والبيكوسوماتيك (الثقافة النفسية، العدد ١٥).

في هذه المعاجم اعتمدنا الضوابط المصطلحية التالية:

أ - في ميدان الطب النفسي إلتزمنا بالمصطلحات الواردة في المعجم الموحد للمصطلحات الطبية الصادر عن مجلس وزراء الصحة العرب - مع استثناءات نادرة مستعدين للتراجع عنها.

ب - في ميدان التحليل النفسي اتفقنا فيما يشبه إجماع المتخصصين العرب على اعتداد المصطلحات التي وضعها مصطفى زبور وفريقه وأسقطنا باقي المصطلحات لعدم وفائها بالشروط المعروضة أعلاه، خصوصاً وأن غالبية معارضي مصطلحات زبور ليسوا متخصصين في التحليل النفسي وإن كانوا حملة شهادات أكاديمية في اختصاصات أخرى.

ج - في ميدان علم النفس قمنا بتثبيت المصطلحات المشتركة مع الطب النفسي ومع التحليل النفسي ثم لجأنا إلى محاولة تطبيق المبادئ والمعايير المشار إليها أعلاه في عملنا على انتقاء بقية المصطلحات من بين المصطلحات المطروحة من قبل المعجميين مستوفي الشروط.

هذه المعاجم الثلاثة مطروحة حالياً على بساط البحث والمناقشة حيث يهمننا في مرحلة أولى تصنيف جميع المصطلحات الواردة في إحدى الحفلات التالية:

- أ - مصطلحات مقبولة بإجماع الباحثين مستوفي الشروط كل في مجال اختصاصه الدقيق.
- ب - مصطلحات مرفوضة بإجماع الباحثين مستوفي الشروط كل في مجال اختصاصه الدقيق.

(١) الثقافة النفسية، العدد الخامس عشر، ١٩٩٤.

(٢) الثقافة النفسية، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.

(٣) الثقافة النفسية، المعداد السابع عشر والثامن عشر، ١٩٩٤.

(٤) الثقافة النفسية، العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.

(٥) المرجع نفسه.

- ج - مصطلحات لها مرادفات عربية عديدة مما يستوجب الاتفاق على اعتماد أفضلها.
- د - مصطلحات يجب إسقاطها لكونها صادرة عن غير متخصصين والإفصاح في المجال لرأي أصحاب الاختصاص الدقيق في مجالها.
- هـ - مصطلحات تحتاج إلى تعديلات جذرية بحيث يتم تقريبها إلى مرادف لغوي يمثل الترجمة للمصطلح الأجنبي وإلى مرادف يتماشى مع واقع معايشة المصطلح في مجتمعتنا (مثل هذيان الموسوية وهذيان المهدوية).
- و - مصطلحات يفضل تعريبها (باستخدام الحروف العربية في كتابتها بلفظها الأجنبي) ريثما يظهر لدينا أبحاث وباحثون متمقنون في مجالها - حيث نعاني نقصاً في الخبرات البشرية في عدد كبير من الفروع النفسية الحديثة.
- مع كل هذا تبقى إشكالية كبيرة مطروحة على شكل سؤال: حتى في حال الوصول إلى معجم عربي موحد للمصطلحات النفسية، ما هي السبل الآيلة إلى اعتناده في أجواء انعدام التعاون العلمي العربي المشترك وفي أجواء المنافسة غير الأكاديمية بين الأكاديميين؟.

الفصل الخامس

معالجة العلاج النفسي

عالم الطريقة العربية

يتميز المجتمع العربي بنظرة الخاصة ومفاهيمه المميزة للعلاج النفسي. ولا يمكن لأي شخص [أو مدرسة أو مجموعة] أن يتنكر لخصائص مجتمع ما حتى ولو كانت هذه الخصائص وليدة تفسير خاطيء وغير منطقي للحقائق. ولكن المجتمعات الراقية في التطور لا بد أن تتخلص من شوائب الإشاعات وأن تقضي على غابات الجهل الكثيفة التي تحول دون التعامل مع الواقع بالموضوعية اللازمة. هذا إذا كانت هذه المجتمعات راقية فعلاً في التطور. فإذا رفضته أو خافت منه فإنها تلجأ إلى الحيل لإيجاد تبريرات «منطقية» للواقع تمهيداً لقبوله دون أي تغيير. والواقع الذي نود مناقشته هو واقع عجز الفرد (العربي) عن الإفادة من العلاجات النفسية المتوافرة، ويتضح لنا حجم الخسارة الناجمة عن هذا العجز، من خلال مراجعتنا لتعريف أهداف الطب النفسي المعاصر^(١). فهو ويهدف إلى مساعدة الشخص على بلوغ المستوى الذي يؤهله لأن يعيش المستوى الأفضل لسعادته ولأن يكون في المستوى الأفضل الذي يتيح للمجتمع الإفادة من قدراته ومساهماته. فمن خلال هذا التعريف تتضح أمامنا الخسائر التي تلحق بالمجتمع عندما يتخلف أفراد عن العلاج. فالضطرب نفسياً هو في الواقع إنسان مشلول من الناحية الاجتماعية؛ إنه من ناحية يعيش حياته بعيداً عن السعادة ومن ناحية أخرى يفقد فعاليته الاجتماعية وحتى الأسرية. ولعلنا ندرك، بصورة أكثر جلاءً، حجم هذه الخسائر إذا ما عرفنا أن ١٠٪ من السكان يحتاجون إلى زيارة العيادة النفسية، وذلك وفق إحصاءات منظمة الصحة العالمية التي تؤكد أن المشكلة أكبر حجماً في الدول النامية منها في الدول المتقدمة^(٢). ولكن ما هي الأسباب المؤدية إلى هذه الخسائر:

تتداخل الأجوبة المبررة لهذه الأوضاع وتلامس مواضيع غاية في الدقة والحساسية حتى يتفجر من خلالها نقاش يختلف فيه المحاورون عما إذا كانت هذه النقاط أسباباً أم نتائج! وفيما يلي سنحاول استعراض هذه الأسباب:

أ - الشائعات الكاذبة: تطول قائمة هذه الشائعات بحيث يصعب مجرد تعدادها، حتى إن بعضها

(١) الطب النفسي وهو في التربة، مرجع مذكور سابقاً.

(٢) مجلة النظافة النفسية، للمجلد الأول، العدد الثاني، ١٩٩٠.

بات متداولاً وكنها حقائق ثابتة لا تقبل الجدل. وفيما يلي عينة منها:

- يمكن شفاء حالات الجنون دون دواء.
 - الأدوية النفسية تسبب الجنون.
 - يمكن للعلاج النفسي (دوائي أو غير دوائي) أن يلحق الضرر بالمريض.
 - الأدوية النفسية مسموم يجب الابتعاد عنها.
 - كل زوار العيادة النفسية هم من المجانين.
 - تستطيع العلاجات التقليدية أن تحل الأزمات والأمراض النفسية كافة.
 - المرض النفسي ينجم عن السحر أو الكتابة أو هو من أعمال الشياطين.
- ونكتفي بهذا القدر لننتقل إلى السبب التالي.

ب - القساوة النفسية: لظالماً أشدنا، ولا نزاع، بتربط الأمرة العربية وبالأدوار النفسية والاجتماعية الخاصة التي يلعبها النظام الأسري العربي. ولكن هذا النظام، مثله مثل سائر الأنظمة، لا يخلو من ثغرات يمكنها أن تتحول إلى مآزق ومشاكل جدية في حال تجاهلها وعدم الحيلة لها. ولنأخذ مثلاً موقف العائلة العربية في حال إصابة أحد أفرادها بالمرض النفسي، ولنقارن بين هذا الموقف وموقفها في حال إصابة أحد أفرادها بالمرض الجسدي. (انظر جدول المقارنة بين المرضين الجسدي والنفسي):

- | المرض الجسدي | المرض النفسي |
|---|--|
| ١ - يستدعي الطبيب بشكل فوري. | ١ - يتردد الأهل كثيراً قبل اللجوء إلى الطبيب. |
| ٢ - تنفذ تعليمات الطبيب بدقة. | ٢ - يحاولون التهرب من تنفيذ التعليمات. |
| ٣ - يتقنون بالطبيب. | ٣ - يفضلون مراجعة أكثر من طبيب. |
| ٤ - يقبلون التشخيص. | ٤ - يحيطون التشخيص بالشك. |
| ٥ - يكون المرض مناسبة اجتماعية للزيارات. | ٥ - يحاولون إخفاء نيا المرض حتى عن المقربين ولو إلى حين. |
| ٦ - الامتنان للمعالج. | ٦ - عدائية غير ظاهرة أمام المعالج. |
| ٧ - الرغبة في متابعة العلاج لغاية الشفاء التام. | ٧ - محاولة إنهاء العلاج بأقصى سرعة ممكنة (حتى قبل أوانه). |
| ٨ - الميل إلى التهاوي بالمرض (لدرجة ظهور علائم انهيارية). | ٨ - الميل إلى اعتبار موضوع سئاً (لدرجة محاولة التخلص منه معنوياً). |
| ٩ - التعاطف مع مظاهر المرض. | ٩ - الشعور بالجروح النرجسية. |
| ١٠ - معايشة مع مظاهر المرض. | ١٠ - توجيه انتقادات مكثفة إلى المريض. |
| ١١ - مشاعر عطف. | ١١ - مشاعر خوف. |
| ١٢ - مشاعر هابيلية تجاه المريض. | ١٢ - مشاعر قابيلية تجاه المريض. |
| ١٣ - يسردون أعراض المرض بدقة. | ١٣ - يحاولون إخفاء أو إغفال بعض العوارض. |

ج - انخفاض مستوى الوعي الصحي : لسا في مجال تعداد الآثار السلبية لواقع انخفاض هذا المستوى إذ يكفينا أن نذكر بمحاولات التهرب من حملات التلقيح . وفي هذا المجال يمتنا انخفاض مستوى الثقافة النفسية بحيث نلاحظ زيادة في نسبة ولادات الأطفال المشوهين ، إضافة إلى المواقف السلبية الأخرى المؤدية إلى رفض العلاج النفسي عامة والطبي النفسي خصوصاً .

د - المرض النفسي والخيال الشعبي : إستناداً إلى 'العوامل المذكورة أعلاه يحاط المريض النفسي العربي (ومعه المرض) بهالة من الغموض، فتتج حول الحكايات ومنها ما هو في غاية الطرافة بحيث يمكنها أن تتحول إلى نكات ناجحة لولا اللهجة فائقة الجدبة التي تروى بها هذه الحكايات . ويتجسد هذا التصور في أدبنا القصصي (خاصة عند نجيب محفوظ) بشخصية الشحاذ - المجنون الذي يلزم مقهى الحى في الغالب .

هـ - العجز الطبي : في هذا المجال ، علينا أن نقرر حقيقة واقعة ومفادها أن العجز الطبي يلعب الدور الأهم في نشوء هذه الإشكالات ؛ فلو راجعنا قائمة الأمراض التي يدعى المشعوذون معالجتها ، والتي تنسج حولها الحكايات ، لرأينا أن هذه القائمة تضم إلى جانب الأمراض النفسية جميع الأمراض التي لا يزال الطب عاجزاً أمامها . هذا في حين تغيب عن هذه القائمة كامل الأمراض التي يملك الطب علاجاتها الشافية . ومما تقدم يجب ألا نفهم هذا العجز على أنه عجز مطلق ، إنما مجرد ثغرات يدخل منها المشعوذون إلى ميدان الشفاء . فعلى صعيد الطب النفسي تحديداً ، فإنه بات اليوم قادراً على التحكم بمختلف المظاهر المرضية كما بات قادراً على شفاء القسم الأكبر من الأمراض النفسية المعروفة .

و - الخطأ الطبي : تتميز مناقشة هذا الموضوع بحساسية كبيرة . لذلك نكتفي بالتذكير بتلك الفوارق في تشخيص القسام واختلاف نسبة باختلاف المدارس . فللمريض نفسه يمكن أن يكون فصامياً لدى أحد الأطباء وغير فصامي لدى غيره! أضف إلى ذلك مساهمة بعض الأطباء في تدعيم رهاب العيادة النفسية لدى مرضاهم ، فنرى بعض أطباء الاختصاصات الأخرى يصفون المهدئات لمرضاهم ويحذرون من تلقيها من الاختصاصي!

* الثقافة العربية النفسية

(أ) الطب النفسي والرواية : عندما نتكلم عن الرواية فإننا نتكلم عن السبنا ضمناً ، ذلك أن غرابة مشاعر المريض النفسي وصعوبة فهمها من قبل الجمهور تشكل عوامل تجعل من الصعب اختصارها في قصة قصيرة (خلا بعض الحالات) . وعليه فإننا نلاحظ وجود علاقة أكيدة بين الطب النفسي والرواية لم تعد خافية بل إنها باتت مقسمة بوضوح إلى عدة فروع هي :

١ - الرواية التي تعرض لحالة ولحالات مرضية نفسية [الأبله ، الذهان^(٥) ، الحيط الرفيع ، ومن فضلك أعطني هذا الدواء ، إلخ ...] .

٢ - الرواية التي تعرض لطريقة العلاج النفسي وتتقلدها [البرتقالة المعدنية ، مجانين ، ليتك كنت هناك ، إلخ ...] .

(٥) مثلث في ثلاثة أفلام سينمائية هي : Psychose I, II, III .

٣ - الرواية التي تعرض موقف المريض النفسي من العلاج [سييل، برسونا، السراب، إلخ...].

٤ - الرواية التي تعرض مواقف الطبيب النفسي وانفعالاته (هارولد ومود وبيت الألعاب، Agnes of God، الناس العاديون، إلخ...).

٥ - الرواية التي تعرض لتجارب وأمراض نفسية خاصة [طيران فوق عش الكوكو، السراب، الناس العاديون إلخ...].

٦ - الروايات التحليلية التي تعرض عقدة نفسية أو أكثر وانعكاساتها على حياة حامل العقدة وسلوكه [الناس العاديون، المناوئون، إلخ...].

(ب) دور الرواية في الثقافة النفسية: يملك الأسلوب الروائي (خاصة عندما يتحول إلى فيلم سينمائي) خاصية الجذب والتأثير. لذلك فالرواية النفسية هي في رأينا الوسيلة المثلى لنشر الثقافة النفسية، وتعديل المواقف الخاطئة من العلاج النفسي، ووضع الحدود لممارسات الشعوذة. ولذلك أيضاً شروط:

١ - أن يملك الروائي ثقافة نفسية واسعة ويستند إلى وقائع ثابتة.

٢ - أن يطلب عقلنة الرواية من قبل اختصاصيين.

٣ - أن يكون على علاقة مباشرة مع شخصية المريض (كأن يعيش المرض ويرى تأثيره ومظاهره على المرضى أو أن يكون هو نفسه مريضاً كما كانت حال دوستوفسكي).

٤ - أن يستبعد جميع الشائعات والحكايات التي لا تستند إلى حقائق عملية.

٥ - أن يتجنب الإسقاطات غير المأمونة بما قد يجعل من روايته مصدراً آخر للشائعات.

٦ - عدم إصدار الأحكام المطلقة.

٧ - عدم وضع النهايات الجازمة، وخاصة التخلي عن محاولات إقناع القارئ بالنهاية. فللقارئ حقه في تحمّل مبررات هذه النهاية، خاصة وأنه لا يمكن لأي مؤلف أن يدعي إحاطته بمختلف الأسباب المؤدية إلى النهاية. ويكفي في هذا المجال اعتراف فرويد^(١) بمجزئه عن الإحاطة بجميع مدلولات وأحلام مريضته دورا.

ولدى مراجعتنا لكثيرة الروايات النفسية العالمية نجد أن غالبيتها العظمى لم تلتزم بهذه الشروط باستثناء روايات دوستوفسكي.

(ج) الأموات الأحياء: في هذه الفقرة نتكلم عن التحفة الأدبية لحظات اليقظة التي ألفها طبيب الأعصاب أوليفر ساكس، الذي بدأ تجربته، للمدونة في هذه القصة، في العام ١٩٦٦، حين دخل إلى أحد عتابر مستشفى «مونت كارمل» السري. ويصف ساكس ما شاهده في هذا العنبر قائلاً: «وجدت هناك عدداً من وجوه البشر الأموات. كانتهم تماثيل من لحم ودم.. كانت لهم نظرات زائغة وإبتسامات

(١) بيكوسوماتيك المعسيري والوساوس المرضية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

بلا معنى... لقد كانوا أناساً من حجر... وقد انفطر قلبي لهذه المناظر المأسوية ولم استطع نسيانها إلا بعد فترة طويلة... وهؤلاء المرضى [الأحياء الأموات] الذين يصفهم ساكس في لحظات اليقظة كانوا مصابين بأغرب أمراض القرن العشرين على الإطلاق، وهو المرض الذي يصيب حامله بالنوم الأبدي إذ ينام المريض لسنتين طويلة فلا هو بالحي ولا بالميت. ولقد ظهر هذا المرض فجأة في العام ١٩٢٠ ولم يلبث أن اختفى فجأة [كما ظهر] بعد عشر سنوات حاصداً خمسة ملايين مريض. ومن حينه تم عزل مئات الألوف من هؤلاء المرضى في مستشفيات سرية. وفي العام ١٩٦٧ [أي بعد ما يراوح بين ٣٧ و ٤٧ سنة على نوم هؤلاء] ظهر عقار جديد مضاد للشلل الرعاشي (باركنسون) فكان بارقة أمل هؤلاء المرضى إذ يظن الأطباء أن مرضي النوم الأبدي وباركنسون منشأ مشتركاً. ويصف لنا المؤلف تردده قبل تجربة هذا الدواء على مرضاه النيام، ثم يصف تغلبه على التردد وقراره باستخدام الدواء. فماذا كانت النتيجة؟

تحركت التبايل واستبدلت النظرات الزجاجية الجامدة بنظرات حية معبرة. لقد دبت الحياة في هؤلاء المرضى وانطلقت ضحكاتهم بعد حوالي نصف قرن على خودها. ولكن المأساة لم تلبث أن تفجرت إذ تحولت البهجة إلى صدمة ومن ثم إلى كآبة. والكتاب يصف هذا التحول بلهجة تجمع بين المعاشة الإنسانية والملاحظة الطبية الدقيقة. ومن القصص التي يعرضها الكتاب «قصة روز»، وهي ملهمة الكاتب المسرحي الإنجليزي الشهير هارولد بنتي في مسرحية شيء مثل الاصمكا. لقد أصيبت روز بالمرض وهي في الواحدة والعشرين، وعندما استيقظت من نومها [الذي لم تحس بطوله] نظرت في المرأة لتجد نفسها فجأة عجوزاً في الثانية والستين. لقد غاب الوجه المثالي المتفجر بالحياة وظهرت مكانه أخاديد وتجاعيد وعيون ذابلة من كثرة النوم. وعندما صرخت روز: «من الذي سرق عمري؟» ثم تهاوت في أعماق الكآبة. إن قصص هذا الكتاب تضع مؤلفها في منصب ريادة الرواية النفسية - العلمية. خاصة وأن أعماله لم تقتصر على هذا الكتاب حيث كتب في مواضيع عديدة أهمها: الصداع النصفي، والمرضى غير القابلين للشفاء، ومرض كورساكوف.

• الرواية النفسية العربية

قد لا يمكننا الكلام على رواية نفسية عربية، ولكن ذلك لا يعني أبداً غياب المعرفة النفسية والمعاشة الإنسانية من رواياتنا. وفيما يلي نورد اختصاراً بعض الأمثلة:

- (أ) أهل الكهف [توفيق الحكيم]، وهي تلامس كتاب ساكس في نقاط عديدة.
- (ب) زقاق الملوك [نجيب محفوظ]، وقد سبق أن ذكرنا أننا، عندما نراجع شخصية «صاحب الركالة» نجد أن نمط السلوكي هو من النوع (أ)، وهو النمط المعرض للإصابة بالذبحه القلبية^(١). حتى إن دقة الوصف السلوكي تجعلنا نجزم دون أي شك بكون هذه الشخصية واقعية وبأن نجيب محفوظ قد تعامل مع هذه الشخصية عن قرب. فليس من الممكن أن تصل المصادفة إلى حدود الوصف الدقيق لعلائم هذا النمط السلوكي.

(ج) حديث الصباح والمساء [نجيب محفوظ]، وفيها سرد متتالي للأنفعالات والمواقف اللاواعية

(١) أمراض القلب النفسية، مرجع مذكور سابقاً.

ولاضطرابات الشخصية. فمن موقف قاسم أمام موت ابن أخته أحمد، إلى الأثر الذي تمارسه بعض الشخصيات حتى بعد موتها، إلى التواحي النفس- اجتماعية التي تخلق بنية هيكلية محددة اتصالات الناس ببعضهم حتى ولو كانوا أقراب. ولكن الوصف الأدق كان لقاسم عمرو إذ وصف محفوظ اضطراب شخصيته الناجم عن إصابته بالصرع الخفيف. ومن مظاهر هذا الاضطراب تحوله نحو الإفادة من الغموض المرافق لهذا الاضطراب. وتبقى في هذه الرواية مميزات أهمها طريقة العرض التي استخدمها المؤلف، إذ قام بتعريفنا إلى كل شخصية على حدة. وفي سياق هذا التعريف كان يطلعنا على علاقة هذه الشخصية بباقي شخصيات الرواية. ولدى مراجعتنا لهذه التعريفات نرى أن محفوظ يتبع للمرة الأولى منهجية نفسية حقيقية في روايته. فيذكر لنا الأحداث المؤثرة في بنية الشخصيات التي يعرفنا إليها. فقد صدم قاسم بوفاة ابن مطربة (أحمد) صدمة أثرت على كامل شخصيته، وكذلك أثر الصرع على شخصيته. وكانت لكل شخصية نقاط تلتقي وصلاتها التي عرضها الكاتب ليدعم رسمه لها.

* الاقتباسات العربية

غالباً ما تكون هذه الاقتباسات على شكل سيناريو لبعض الأفلام العربية. ويتم الاختيار بشكل عشوائي أو تجاري بحيث تؤدي هذه الأفلام دوراً بالغ السلبية له آثار خطيرة من شأنها أن تدعم العوامل التي تشوّع حقائق العلاج النفسي وحقيقة ما يدور في العيادة أو في المستشفى النفسي، بل إن هذا التشويه يطاول أحياناً شخصية العلاج نفسه. وفيما يلي عرض لبعض الوجوه السلبية لهذه الاقتباسات والإعدادات وبعض المسألة تأليف.

١ - الاقتباس السيئ: يمارس المعالج النفسي العربي عمله في أجواء خاصة هي الأجواء العربية^(١) التي تفرض على المعالج الالتزام بعدد من الشروط، بحيث يجد نفسه عاجزاً عن ممارسة الأساليب التي تعلمها. فمن غياب بعض الآلات والمفوضيات والأدوية إلى معاداة العلاج النفسي، يجد المعالج العربي نفسه في وضع جديد يضطره إلى اعتماد تكتيكات خاصة للممارسة. فإذا ما أضفنا إلى ذلك كون المدارس الغربية انمكاساً لفلسفات الغرب، المتناقضة مع الأسلوب الحيثاني العربي ومع بعض تقاليده، فإننا ندرك أن هذا التغيير النوعي في أسلوب الممارسة ومحتواها هو تغيير عميق. مما يجعل من غير المنطقي أن ننظر إلى المعالج العربي وفق مقاييس نظرتنا ذاتها إلى المعالج الأجنبي أو حتى إلى المعالج العربي الذي يعمل في بلد أجنبي. ومن أمثلة الاقتباس السيئ تلك الاقتباسات المعادية للطب النفسي [علنا أو ضمناً]. ذلك أن هذه الروايات أو المواقف المعادية لا تمارس أي تأثير سلبي في المجتمع الأمريكي حيث خبر الجميع تجربة العلاج النفسي واقتنعوا بفائدتها. وعليه، فإن هذا العداء هو نوع من الترف والرغبة في الأفضل بالنسبة للأميركيين، أما في بلادنا العربية فإن اقتباس هذه المواقف يؤدي إلى ما لا نحمد عقباه.

٢ - النهايات السيئة: في أحد الأفلام العربية^(٢) تنتهي الرواية بموت البطلة انتحاراً لأن معالجها

(١) مقالة ونحو ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس. مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠، ص ٧.

(٢) فيلم «من فضلك أعطني هذا الدواء».

رفض أن يقيم معها علاقة عاطفية . وهذا الفيلم يوحي للمشاهد بأن للعلاج النفسي نتيجة من اثنتين ؛ فلما أن يؤدي إلى قيام علاقة بين المعالج ومريضاته ، وإما أنه لا يعطي أية نتيجة فتموت المريضة . وعليه فإننا لا نتوقع أن يتوجه مشاهدو مثل هذا الفيلم إلى العلاج . . . وهذا مجرد مثال .

٣ - شخصية الطبيب النفسي : تتراوح هذه الشخصية ، في هذه الاقتباسات ، بين الأقطاب التالية :

- أ - الطبيب المعتوه أو المغفل .
- ب - الطبيب الذي يستغل المهنة لأسباب سياسية أو مادية أو غيرها .
- ج - الطبيب الذي يعامل مرضاه وكأنهم آلات .
- د - الطبيب الذي يحاول أن يسيطر على مرضاه .
- هـ - الطبيب / النجم الاجتماعي .

والواقع أن هذه الشخصيات ، الموجودة في الأفلام العربية والأجنبية على حد سواء ، ليست سوى انعكاس لأراء المرضى في أطبائهم [حتى بعد الزيارة الأولى] . وهذه الآراء تتضخم إما بحكم المرض وإما بحكم الجروح النفسية . والواقع كذلك أن الرواية [خاصة المنتجة سينمائياً] تتغلغل إلى حد بعيد في لاوعي الجمهور الذي يتحول مع الوقت إلى مؤمن بها وكأنها من المسلمات . وما يزيد الأمور تعقيداً أن المشاهد العربي بات مطلعاً على الأفلام الأجنبية وتأثراً بها على نحو كبير . وهي ، كما رأينا ، لا تمارس تأثيراً خطراً على المشاهد الأجنبي في حين أنها بالغة الضرر بالمشاهد العربي . ونخصيصة لهذا المشاهد فقد أن الألوان لإنتاج الأفلام التي تظهر الأمور على حقيقتها دون ترميزها للتشويه .

٤ - اقتباسات صحافية : تقتبس صحافتنا عدداً من الأنباء والمواقف والمقالات مع بعض التحوير . ومن هذه الاقتباسات ما يتعلق بعلم النفس ، فنرى في صفحاتها أمثالاً متكررة لمساوية الاقتباس الذي لا يراعي الواقع . ومن المؤسف أن بعض هذه الاقتباسات بات يكوّن الخلفية النفسية الثقافية لعدد لا بأس به من المثقفين العرب [ومن ضمنهم الروائيون وكتاب القصص] . وهنا نكرر التالي :

- يمكن للمجتمع الأميركي ، الذي يقود أبحاث الطب النفسي في العالم ، أن يتقبل فكرة معاداة الطب النفسي . إلى حد أن هذه المعادة قد تبلو على جانب من الموضوعية في الظروف الأميركية . ولكن ظروفنا العربية لا تسمح لنا بقبول فكرة معاداة فرع نحن بأسمى الحاجة إليه وخاصة عندما نقرأ فقط عن معاداة الطب دون أن نتاح لنا فرص الاطلاع على إنجازاته .

- من المبرر أن يستفرد الأوروبيون أمام واقعة استهلاك مجتمعاتهم الملايين بل عشرات الملايين من وصفات العقاقير المهدئة ، وهم يحاولون الحد من هذه الظاهرة سواء عن طريق إعادة النظر في جهاز القيم لديهم أو عن طريق محاولة الحد من الضغوطات النفسية الناجمة عن المجتمع الصناعي أو عن طريق المقالات التي تحذر من المبالغة في استخدام المهدئات دون إشراف الطبيب . ثم تأتي نحن لنترجم إحدى هذه المقالات ولنتعبرها مرجعنا الأول والأخير في الميدان . ونعرض الآن لإحدى هذه الترجمات الخطرة كما وردت بنصها الحرفي (انظر نص المقال على الصفحة التالية) .

لقد احتفت المومات من الصيدليات . أطباء النفس اليوم يعلمون أن الغلق في الواقع هو مصدر الانحياز العصبي وقد أوجدوا طريقة لمعالجة المدمنين من أصحاب الاضطراب العصبي .

نرى أحدهم منكأ بالآف الموموم التي تصادفه في حياته اليومية، ودائماً في جيبه أو على مكتبه زجاجة صغيرة تحوي حبيراً مهدئة . وعند أول هزة عصبية تراه يتلهمها ، ثم يعود بعد هدوئه إلى ممارسة حياته اليومية بشكل عادي .

لقد نجحت مهدئات الأعصاب بشكل فعال . الفرنسيون يستهلكون المسكنات أربع مرات أكثر من باقي سكان الدول الصناعية ، وبتهيم نسبة كبيرة من النساء المزولات ، الأشخاص المستين وكل الذين يعانون من أوجاع مؤلمة .

والسؤال : هل يصح الفرنسيون تحت تأثير الضغط والإرهاق الأكثر إدماناً على تناول المهدئات بين سائر الشعوب؟

الشيء الوحيد الممكن استنتاجه هو أنه في البلدان الفرانكوفونية عموماً ، وفي بلجيكا وسويسرا وكندا يتناجون كثيراً المهدئات ، الكيبيك مثلاً التي تؤثف ثلث الشعب الكندي تستهلك فقط نصف الأدوية المسكنة المباعة كل سنة في هذا البلد .

في فرنسا أصبح استعمال المهدئ من والموضة ، وفي عملية إحصاء لآلاف العمال في أحد المصانع ، ظهر أن ٪١٨ يأخذون مرة على الأقل الـ Benzodiazepines وهو من المسكنات الأكثر انتشاراً في الأشهر الثلاثة الماضية .

وقد شمل الإحصاء الفئات الشابة بين سن العشرين والخمسين ومن هم بصحة جيدة . إن ٪١٨,٠ يعتبر رقماً كبيراً ، علماً أن الكثير من الناس يأخذون الحبوب المهدئة ، إما في المساء للنوم أو في النهار .

لماذا هذه الكثافة في الاستعمال؟

البعض يشعرون بالقلق وبالإرهاق النفسي أو يعانون من ارتفاع في الضغط . لقد جرت الأبحاث حول العلاقة بين استعمال المهدئات وظروف العمل الشخصية .

وأمام النتائج المذهلة والمتصاعدة ابتدئ وزير الصحة الفرنسي بعد جلسة لمجلس الوزراء دهشته حيال هذه النسبة المرتفعة ، فقدم مشروع قانون يقضي بحصر بيع المسكنات والطلب إلى الأطباء تحديد الوقت لتناول هذا العلاج .

لماذا هذا التضييق من قبل الوزير ومن قبل الصحافة ، ولماذا التركيز على سوء استعمال المسكنات . . . لماذا هذا المقاب القاطم ضد هذا النوع من الأدوية التي تلبي الحاجة ، وهل يستطيع أحد التخلص من المهدئات ؟؟؟ .

العلاج الوحيد للكآبة

قبل ظهور الـ Benzodiazepines في الستينات كان الدواء المزم هو العلاج الوحيد للكآبة . الأطباء كان عليهم دائماً معالجة ماسي مرضاهم خصوصاً عندما تتخطى درجة الكآبة ، وتتدخل في الحياة الفردية الاجتماعية وتصبح دون مفعول سواء على الصعيد الجسدي كالآرق وبعض الاضطرابات القلبية ، الإحساس بالاختناق وغيره ، أو على الصعيد الأخلاقي ، خوف مرعب ، قلق ، مرض نفسي .

وكان لا بد من الانتظار عدة سنوات لاكتشاف أن هذه الأدوية المهدئة تبرز عدة مخاطر ، اضطرابات عقلية قد تؤدي إلى الجنون لأن تناولها في البدء يكون بسبب تخلي أزمة مستعصية وصعبة وتصبح فيما بعد من قبيل الإدمان ولا يمكن التخلي عنها فيكون الآرق والكآبة سيدي الموقف .

ومعها يكن فهناك شروط بديعية لاستعمال المسكن كتحديد الوقت المعين لاستعماله ومن ثم تعين الكميات اللازمة .

وعلى الطبيب المعالج عند وصفه المسكنات لريضه لفترة طويلة أن يشرح له النتائج التي يلمسها كالآرق والكآبة . ونرى مرضى الأعصاب يسألون من هم في وضعهم العصبي والنفسي دون أي إرشادات طبية دقيقة .

وأمام الكتابة نطفي إحساساً بالقلق العصبي المتواصل وبارق معر عن ثورة في النفس وباهيار عصبي سطحي ينصح أطباء النفس باستعمال وسائل أخرى غير المسكنات.

أحد الأطباء يقول: «عندما تبدأ حالة الكتابة الأكثر انتشاراً خصوصاً في حالة الانهيار العصبي يجب محاولة التقرب بين أسبابها ونتائجها.

وعليه فإن حالة القلق ليست إلا سبباً لانهيار الأعصاب بطريقة أو بأخرى ومعالجة حالة الانهيار بأدوية مضادة لها تؤدي إلى اختفاء حالة القلق والكتابة وعندما تكون الكتابة هي السبب الأول لاضطرابات فعلية يجب البدء بمعالجتها.

كل هذه المعالجات بالمهدئات تخرب الحالات التالية: الحزن والانكسار والاضطراب العقلي.

لكن متى لا يؤدي القلق إلى درجة الانهيار العصبي؟

لم تكن مقبولة طريقة والسمع المركزة من بعض الأشخاص والتي تؤدي في بعض الأحيان إلى إزالة الحزن عن وضع ما. أما اليوم فهناك تقنيات حديثة ظهرت وتساعد على تفادي حالة الانهيار. فتشخيص حالة المريض وتصرفاته تعطي نتائج إيجابية وتؤدي إلى التخفيف من الاضطرابات وتكون فعالة في الأمراض العصبية من كل الأنواع وغيرها من المعالجات التي تركز على الوضع العقلي والتي تساعد بالسيطرة على المريض المشنج الأعصاب.

وبالمطلق إذا كانت المهدئات مناسبة لبعض الحالات فهي لا تعطي أي فعالية بالنسبة لحالات عصبية منهورة، ومنها يمكن من أمر يجب على الجميع أن يتفهم ويرمي المسكنات في سلة المهملات.

في اليابان العلاج الوحيد ضد الكتابة هو الكحول، الويسكي واليرة وخصوصاً في السهرات المسائية ويعد يوم طويل يقضيه الياباني في المصنع. ٥٠٠ ألف ياباني فقط يتناولون المهدئات كي يتمكنوا من متابعة أعمالهم اليومية في المصانع، والبيض الأغر يشتير بصورة دورية الطبيب النفسي الموجود في مركز العمل.

مئات الآلاف من علب المهدئات تباع سنوياً في فرنسا وهي تتخطى في هذا المجال الولايات المتحدة وألمانيا أو أي بلد صناعي آخر. لكن البعض يبرر ذلك بأن الفرنسيين هم الأكثر استهلاكاً لمظم أنواع الأدوية في العالم.

من الملاحظات التي نسجلها على مثال هذا المقال / العينة نذكر التالية:

- ١ - إنه مترجم عن مجلة شعبية يمكنها اعتماد مبدأ التهويل والترهيب.
- ٢ - إن كاتبه غير اختصاصي، وكذلك مترجمه.
- ٣ - إن المعلومات لم تخفف من الصيدليات بل إننا لا نزال نشهد ظهور أصناف جديدة منها.
- ٤ - إن أحداً لا يعلم بأن القلق هو مصدر الانهيار العصبي. فالانهيار العصبي يمكنه أن يعود إلى جملة من الأسباب التي لا علاقة لها بالقلق، وإن كان القلق يرافق الانهيار في الغالب ولكن دون أن يكون مسببه.
- ٥ - يتساءل الكاتب لماذا هذا التركيز على سوء الاستعمال؟ ونأتي الترجمة بالجملة متبورة! إن المقصود بإسامة استعمال المواد هو استعمالها دون استشارة طبيب وبكميات تتجاوز تلك التي ينصح بها الأطباء لمدة طويلة. وهكذا، فإن هذا التركيز ليس بالجديد وهو لا يتعلق فقط بالأدوية النفسية ولكنه يتخطاها إلى جميع الأدوية حيث يجب الالتزام بحدود الجرعة التي يحددها الطبيب، حيث يمنع استخدام الأدوية عشوائياً وبدون وصفة طبية.

٦ - يقول الكاتب: وقبل ظهور البزوديازيبين في الستينات كان الدواء المنوم هو العلاج الوحيد للكآبة... إلخ. وهذا الكلام غير صحيح، فمضادات الانهيار والمهدئات العظمية الفاعلة في علاج الانهيار كانت معروفة في الخمسينات وكانت مستخدمة في علاج الكآبة.

٧ - نلفت النظر إلى أن البزوديازيبين هي من فصيلة المهدئات مضادة للقلق وليست مضادة للانهيار.

٨ - يقول الكاتب إن المهدئات تؤدي إلى الجنون! فهل يقصد المخدرات؟ نحن نوافقه بتحفظ إذا قصد هذا، أما إذا كان قصده أن المهدئات البسيطة يمكنها أن تؤدي إلى الجنون فنؤكد له عدم صحة معلوماته وضرورة تنبيهه إلى خطورة ادعاءاته.

٩ - يقول الكاتب: «على المعالج أن يشرح للمريض النتائج التي يلمسها كالأرق والكآبة... إلخ»، مع أنه يقول في مقدمة المقال إن هذه المهدئات هي علاج الكآبة. ونحن هنا لا نعرف ما إذا كان الخطأ من الكاتب أو المترجم. ولكن على أية حال فإن علائهم الاضطراب إنما تظهر لدى إيقاف استعمال هذه المهدئات دون إشراف طبي.

١٠ - يقول الكاتب: «وهيما يكن من أمر، يجب على الجميع أن يتفرض ويرمي المسكنات في سلة المهملات... إلخ». وهنا نقول بأنه لو كان ثورياً إلى هذا الحد فلماذا لا يدعو إلى إغلاق شركات الأدوية المنتجة لهذه الأصناف وإلى إلغاء اختصاص الطب النفسي وإصدار قانون يمنع من الترجمة إلى العيادات النفسية. فيلذلك يتمكن من حل المسألة بشكل جذري!!

وإذا كان زملاؤنا الفرنسيون يتقاضون عن مثل هذه المقالات استناداً إلى ثقافة الفرنسي التي تجعله صعب الانقياد للتضليل واستناداً إلى خبرة هذا الإنسان وتجربته في العيادة النفسية... وإذا كان هؤلاء الزملاء يرون في هذا المقال ترهيباً [وإن يكن كاذباً] فمن شأنه أن يحد من إساءة استعمال المواد في مجتمعهم، فإننا لا نستطيع أن نقبل بمثل هذه الترجمات الرديئة لمقالات يمثل هذه الخطورة بالنسبة لمجتمعنا. فحبذا لو يعلم هذا المترجم كم من الأفراد يستقي ثقافته من الصحافة اليومية وهو يقنص الكلمة المكتوبة. وحبذا لو يعلم كم من الصعوبات والعواقب تنتج عن مثل هذه الترجمات. فإذا كان هدف العلاج النفسي الوصول بالفرد إلى المستوى الأفضل لسعادته ولكي ينفع مجتمعه، فإن إعاقه هذا العلاج بشر مثل هذه الإشاعات (التي ربما تكون نافعة في مجتمعات أخرى) هي مسؤولية كبيرة، وبخاصة عندما تقرن بسوء الثقافة وسوء الترجمة وانعدام القدرة على الاستيعاب.

*** الوجه الاجتماعي للمرض:**

ثمة وجه آخر من الوجوه التي يحملها أربابنا وكتابنا الثقافيون، ونقصد به موقف مجتمعنا من هذه الأمراض، وهو موقف متباين تبعاً لنوع المرض، بحيث نلاحظ الصاق صفة الجنون بمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية التي لا علاقة لها بالجنون، في حين ينجو مجنون البارانونيا من وصمه بالجنون كما ينجو معه مريض الفصام العظامي والسلوك التشردى الفصامي. بل إن مجتمعنا يحيط بعض هؤلاء المرضى أحياناً بهالة من الغموض والماورائية. وهنا أجد من الضروري العودة إلى مؤلفات نجيب محفوظ وإشاراته المتكررة إلى هذه الحالات وموقف المجتمع منها؛ ففي روايته حديث الصباح والمساء، يتطرق

محفوظ إلى كيفية إحاطة قاسم عمرو عزيز بهالة من الغموض والتصوف نتيجة لمواقفه [الناجئة أساساً عن إصابته بمرض الصرع] الغامضة والمبهمة. بل إن محفوظ يصف لنا قدرة هذا المريض على استغلال هذه الوضعية استغلالاً مادياً جعله من المحظوظين مادياً في محيطه العائلي. وتكرر هذه الإشارات في مؤلفات محفوظ فيعكس بعضها شخصية «مجنون الحلي» وبعضها التفسيرات الشعبية لأسباب جنون بعض الشخصيات. ولكن هذه الإشارات بقيت ذات مستوى سطحي في تحليلها لهذه الشخصيات. كما يمتنا في هذا المجال مناقشة محاولة مميزة لمحفوظ، عنيانها هوس الجنون، حيث يوجّه إدانة خفية إلى المجتمع وإلى بيئته. . . وهو يطرح إشكالية الجنون بقلب يشبه إلى حد بعيد قالب المدرسة المعادية للطب النفسي. كما أنها تقترب في بعض جوانبها من وجهات نظر الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو. وبالرغم من عدم موافقتنا على هذه الطروحات فإننا نسجل سبقاً لمحفوظ وهو تحويله لصورة المجنون من إنسان مرعب غريب وخطر إلى إنسان ذي خلفية صالحة وفكر قويم وضحية من ضحايا الفساد الاجتماعي. على أن هذا التحويل أصبح اليوم مدعماً بعدد من الروايات والقصص والأفلام والمقالات والكتب التي باتت تتناول هذا الموضوع بطريقة أقرب إلى الواقع والحقيقة، وإن كانت تحمل في طياتها العديد من المغالطات بالنسبة لبقية الحقائق المتعلقة بالمعاصرة والممارسة النفسية كما أشرنا أعلاه. ولكن ما هي الحلول التي يمكن اقتراحها أمام هذه الوقائع والمغالطات؟ إنها ليست بالسهلة وهي تقتضي مشاريع ثقافية موسعة سنحاول عرضها في الفقرة التالية:

• الاقتراحات والحلول

تلقى مسؤولية هذا الوضع على عاتق الثقافة العربية ككل. ومن هنا فإن جعل الحلول التي يمكن اقتراحها تبقى ناقصة ما لم تتكامل في مشروع ثقافي - عربي. فالمشاكل المعروضة في هذا الفصل لها معادلاتها في الميادين الأخرى. وكفينا هنا الإشارة إلى أننا نختار من الكتب العلمية ما يلائم نزعاتنا، ومن أمثلة ذلك ترجمة كتاب ليس في جينياتنا^(١) التي أتت بعد سنوات طوال على صدوره بالإنجليزية ظهر خلالها من البراهين العلمية ما يدحض العديد من طروحات الكتاب وما يكفي للتأكيد على أثر الجينات وأهميتها. مما يعني أنه «في جينياتنا» وليس «ليس في جينياتنا». والمتفهم العربي اليوم يقرأ هذا الكتاب على أنه الحقيقة [أو حتى الحقائق] العلمية المطلقة. وفيما يلي نعرض تباعاً للاقتراحات التي نراها مناسبة لتخطي هذا الواقع ونبدأ بـ:

١ - ضرورة قيام المدرسة العربية لعلم النفس والطب النفسي^(٢).

٢ - تشجيع تيار النقد النفسي في الأدب العربي.

٣ - استقاء الأمور من مصادرها. وهنا نذكر بأن فلوير كتب رائعته مدام بوفاري انطلاقاً من قراءته لنبا انتحارها في إحدى الصحف، فانتطلق بدرس الحالة وبعين الأمكنة حتى توصل إلى استخراج هذه التحفة التي خلّدت.

٤ - ضرورة تدعيم المكتبة العربية وسد ثغراتها.

(١) ترجمة سلسلة عالم المعرفة، عنوانه الأصلي هو «Not in our Genes».

(٢) راجع مقالة «ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس» المذكورة سابقاً.

- ٥ - ضرورة العمل على إخراج التراث النفسي العربي إلى النور؛ فهذا التراث إنما يعمل في طياته عناصر لاوعينا الجماعي وهويتنا النفسية التي نكاد نفقدتها في بحر المشاكل المشار إليها أعلاه .
- ٦ - العمل على إصدار «سلسلة الرواية النفسية» التي تعمل على ترجمة الروايات النفسية الأجنبية والتعليق عليها بشكل يسمح للقارئ أن يفيد منها ولكن دون أن يقع في حبال النقل العشوائي ومساوئه .

الفصل السادس

واقع الطب النفسي في العالم العربي

١ - لمحة عن أوضاع الاختصاص في العالم العربي:

ضيق المجال سيدفعنا إلى عرض حقائق هذه الأوضاع بصورها الطبيعية القبيحة لأن تحميل هذه الصور يقتضي إطالة لا داعي ولا مجال لها في هذا المقام. ونترك هذا القبيح ليتوالى ويتجلى في الصور التالية:

- كان عدد الأطباء العرب المشاركين في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي(*) ثلاثين طبيباً من أصل سبعة آلاف مشارك في هذا المؤتمر. كما أن هذه النسبة انخفضت في المؤتمر التاسع(**).

- لا يتعدى عدد الأطباء النفسيين العرب الخمسة طيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل أربعة آلاف ألف نسمة.

- لم يتمكن اتحاد الأطباء النفسيين العرب من جمع أكثر من ١٢٠ طبيباً.

- لقد عجز الطب النفسي العربي لغاية اليوم عن تقديم أي مساهمة علمية تصل إلى مستوى السبق العلمي في هذا الميدان.

- تعجز جامعاتنا عن إنتاج الأعداد اللازمة من اختصاصيي الطب النفسي.

- إن الأسرة المتوافرة في مصحاتنا لا تفي بأكثر من ٥٪ من الحاجات الفعلية.

- تتماز العلاقة بين الاختصاصيين العرب بتوترها على أكثر من صعيد، الأمر الذي يبعثر جهودهم في خلافات فرعية أسبابها هي التالية: ١ - الصراع بين الممارسين والمدرّسين، ٢ - التنافس بين الممارسين، ٣ - التنافس بين اختصاصيي البلد الواحد، ٤ - التنافس بين اختصاصيي البلدان العربية المختلفة، ٥ - النزاع للسيطرة على الجمعيات والمؤسسات القائمة، ٦ - الصراع بين الأطباء النفسيين وبين التخصصيين في علم النفس. . إلخ من الصراعات.

- عجز الأطباء النفسيين العرب عن تعديل تصنيفات الطب النفسي بما يتلاءم مع الواقع البيئي - الثقافي العربي، مما يستتبع المعجز عن إنتاج دليل عربي للاضطرابات النفسية.

(*) عُقد في أثينا عام ١٩٨٩.

(**) عُقد في البرازيل عام ١٩٩٤.

- ضحالة المؤلفات العربية في هذا الميدان بحيث تصبّ كلها في خانة الكتابات التعليمية. أما البحوث العلمية النادرة فهي في غالبيتها تُنشر باللغات الأجنبية ولا تجد لها متنفساً للنشر باللغة العربية.

- الميل إلى النجومية المتبدية لدى بعض الاختصاصيين العرب وكأنه تعويض لقصورهم في الإنتاج العلمي الجاد.

هذا بعض من كل من واقع أوضاع الاختصاص في العالم العربي التي تقتضي مناقشة صريحة للتعرف إلى خلفياتها وإلى الأسباب المؤدية إليها، والتي قد يتفق الكثيرون من الأطباء النفسيين معي حولها. لكنهم قد يختلفون معي على أسلوب العرض وعلى جرعة الصراحة المصاحبة له. لذلك أوضّح منذ البداية أن الملاحظات والآراء التي أسوقها في هذا الفصل إنما تُعبّر عن رأي وتجربة شخصين وهي لا تُعبّر بالضرورة عن رأي كل الزملاء أو حتى عن رأي مجموعة منهم.

بعد هذا التوضيح أنتقل إلى عرض معوّقات تطوّر الطب النفسي العربي.

٢ - معوّقات تطور الطب النفسي العربي:

هنا أيضاً نشهد توالي الصور القبيحة والتي قد يدفعنا الحجل إلى تحميلها. من هذه الصور:

أ - انعدام التعاون العلمي العربي: يتوزع الأطباء النفسيون العرب على الدول العربية على النحو التالي: سوريا ٣٨ طبيباً^(١)، لبنان ٢٠ طبيباً^(٢)، الأردن ١٠ أطباء^(٣). . . إلخ، بمعنى أن إجمالي عدد الأطباء العاملين في بعض الدول العربية لا يتعدى عدد الأطباء العاملين في مصلحة أجنبية واحدة. هذا الواقع يُفسّر نقاطاً عديدة من سوء أوضاع الاختصاص في بلادنا. ولا يُمكننا تجاوزه إلا من خلال تعاون علمي عربي جامع يعمل على تكامل جهود الأطباء النفسيين العرب. فإذا أقمنا الأمور بتناجها أمكننا الحكم بانعدام وجود مثل هذا التعاون حتى في حدوده الدنيا. فقد عجزت المؤسسات الجامعة عن إصدار دليل الأطباء النفسيين العرب، الذي قد يتيح مجرد التعرف إلى أسماء وعناوين هؤلاء الأطباء. هنا أود أن أسرد تجربة مركز الدراسات النفسية والجسدية - الجسدية الذي أصدر هذا الدليل مضبّناً إياه حوالي ٦٠٪ من العدد الفعلي للأطباء النفسيين العرب. فقد وجّه المركز الرسائل إلى نقابات الأطباء وإلى وزارات الصحة وإلى المستشفيات والمعاهد الجامعية العربية المعروفة في هذا الميدان. لكنه لم يثن رداً واحداً من مختلف هذه الجهات. لذلك لجأت إدارة المركز إلى الاستعانة بأعضائه، وبأسرة تحرير مجلته من العرب للحصول على هذه المعلومات. حيث تمحّس لهذا المشروع بشكل خاص الدكتور: أنور الجراية (تونس)، وأسامة الرازي (السعودية)، وجمال أبو العزائم (مصر)، والاختصاصي النفسي سامر رضوان (سوريا). فكان الليل النفسي العربي^(٤) الذي يضم

(١) وفق إحصاءات وزارة الصحة السورية للعام ١٩٩٣ - انظر محمد حمدي حجار: «نحو طب نفسي عربي»، مؤتمر مدخل إلى علم نفس عربي، طرابلس - لبنان، ١٩٩٤.

(٢) وفق دليل الأطباء النفسيين العرب المنشور في مجلة الطفلة النفسية، العدد ١١، تموز/ يوليو ١٩٩٢.

(٣) المصدر نفسه.

(٤) الدليل النفسي العربي - منشورات مركز الدراسات النفسية والجسدية - الجسدية، ١٩٩٤.

اسماء ٣٠٠ من أصل ٥٠٠ طبيب نفسي عربي. هذا على صعيد الأسماء فما بالكم بالنسبة للتعاون الفعلي؟!

ب- الصراع مع الاختصاصيين النفسيين: إن طلبات العلاج النفسي تفوق كثيراً قدرات الأطباء على الوفاء بهذه الطلبات. من هنا كانت العيادة هي التوجه الرئيسي لهؤلاء الأطباء، مع إدراكهم التام للمعونة التي يمكن أن يقدمها لهم زملاؤهم من اختصاصيي علم النفس العيادي. فالطبيب النفسي يدرك إدراكاً تاماً عدداً من المسلمات العلمية في هذا المجال ومنها:

- إن الاختبار النفسي هو أداة تشخيصية هامة، وهي قادرة على إثارة الجوانب الخفية للحالة التي قد تبقى مستترة أمام الفحص الطبي النفسي السريع نسبياً.

- إن العلاج الدوائي هو العلاج الوحيد المتوافر للحالات الذهانية. لكن تضافر هذا العلاج مع العلاج النفسي من شأنه أن يحسن النتائج العلاجية ويدعمها.

- إن العلاج النفسي له أهمية موازية أو حتى متفوقة على أهمية العلاج الدوائي في الحالات العصائية.

- إن العلاج النفسي من شأنه أن يمنح نعمة المريض على طبيبه المعالج، كما يمكنه أن يدعم التزام المريض بالتعليمات الطبية ويتناول الأدوية، مما يوفر جهوداً مضنية على الطبيب ويدعم نتائج العلاج.

إن جميع الأطباء يقرّون هذه الحقائق ويعترفون بها، ومع ذلك نراهم يفضلون العمل دون مساعدة زملائهم من الاختصاصيين العيادين، مما يدفع هؤلاء إلى قيادة تيار معادٍ للطب النفسي وخصوصاً للعلاج الدوائي - النفسي. وهم يمارسون هذه المعارضة تدريجاً وكتابةً وصحافةً وإعلاماً. في المقابل، فإن الطلب الزائد على العلاج الطبي النفسي يدفع بالأطباء إلى تجاهل هذه المعارضة تجاهلاً تاماً. وهذا السلبيّة ليست صحيحة أو مفيدة لا للاختصاص ولا للمريض. لعلي هنا أول طبيب عربي يحاول توضيح معالم هذا الصراع. فأتأ أرى أن العيادة هي المكان الطبيعي للاختصاصي النفسي العيادي.

ويعا أن غالبية البلدان العربية لم تحدد المواصفات القانونية للمعالج النفسي، فإنه ليس من حق أطباء هذا البلد أو ذاك أن يضعوا مثل هذه القوانين. لكن من حقنا كأطباء أولاً وكأطباء نفسيين ثانياً أن نطالب بحياة مريضنا من مجموعة من المآزق والأخطار. فبدون هذه الحماية لا يمكننا أن نورث مرضانا أو أن نساهم في توريثهم. فإذا أراد القارئ أمثلة على تلك المآزق والمخاطر فإننا نعطي الأمثلة التالية من واقع ممارستنا العيادية:

□ إن لقب طبيب نفسي يستوجب أن يكون حامله طبيباً درس الطب وتحصص في الطب النفسي في كلية طب معترف بها وحصل على إذن بممارسة الطب في البلد الذي يعمل فيه. وعليه فإن كل من يتحمل صفة طبيب نفسي دون أن يستوفي هذه الشروط يكون قد ارتكب فعلاً مضللاً للمريض ولأهله. وهذا الانتحال يجب أن تتم محاكمته وملاحقته قانونياً.

□ عشرات الحالات لأطفال مصابين بقصور إفراز الغدة الدرقية يتم علاجها بالطرق النفسية لسنوات طويلة حتى يتحول هؤلاء من مرضى عضويين (يحتاجون لعلاج هورموني) إلى متخلفين عقليين

مدى الحياة. ألا تُعتبر مثل هذه الممارسة جرمية؟ ألا تستحق العقاب والمنع القسري عن الممارسة؟ ثم كيف يمكن للطبيب النفسي قبول مبدأ التعامل مع معالج نفسي إذا كان القانون لا يلاحق ولا يُحدد ممارسة/ مسؤولية أصحاب مثل هذه الأخطاء العلاجية؟ مع الإشارة إلى أن الأمر لا يقتصر على قصور الغدة الدرقية بل يتعداها إلى قائمة طويلة من الأمراض^(١) (الاضطرابات الأيضية والأورام الدماغية والأمراض العصبية... إلخ).

□ ما هو موقف القانون من معالجات نفسي يتطرق في معاداته للعلاج الدوائي وصولاً إلى تبنيه علاج ذهائين (فصامين خاصة) علاجاً نفسياً مع الإصرار على منع المريض من تناول أدويته المضادة للذهان؟! بسبب هؤلاء رأينا حالات لمرضى يتحرون وآخرين يرتكبون جرائم قتل الأهل، وغيرهم يستجّلون أشكالاً مختلفة من الخروج على القانون... إلخ. فمن هو المسؤول في هذه الحالات ومن يحاكمه؟

من خلال هذه الأسئلة القليلة يتبين لنا أن المسألة ليست خلافاً بين المدارس، لكنه الاختلاف بين مجموعة مضبوطة الممارسة تلتزم قسماًها الطبي وتتحمل مسؤوليات ممارستها وبين مجموعة أخرى قد تفسم عناصر بالغة الالتزام والفعالية ولكنها مغبونة بسبب عدم وجود قوانين ضابطة ومعايير تسمح بالتفريق بينا وبين مدّعين لا يملك الأطباء سوى تجاهلهم إذا كانت القوانين لا تحاكمهم، فتكون النتيجة أزمة ثقة عميقة بين الأطباء والمعالجين النفسيين وبين هؤلاء وبين المرضى وأهاليهم من جهة أخرى.

ج - قصور البنى التحتية: يتفاوت نقص خدمات الطب النفسي من بلد عربي إلى آخر، لكن هذا النقص يعمّها جميعها. ففي لبنان نلاحظ عدم وجود سرير واحد في محافظتي الشمال والبقيع مع أنها تضم حوالى نصف سكان لبنان. في حين أن إجمالي عدد الأسرة في المشافي اللبنانية لا يتعدى المائة. وهناك طبيب نفسي واحد لكل مئة وخمسين ألف نسمة. أما في سوريا فإن لكل مائتين وعشرة آلاف نسمة طبيباً نفسياً واحداً، وقس عليه.

ومن الطبيعي أن يستتبع نقص الخبرات والخدمات هذا نواقص عديدة أخرى، منها ما نلاحظه من غياب اختصاص الطب النفسي في غالبية كليات الطب والتمريض في بلدنا العربي. فإذا كانت كليات الطب المصرية أصبقت الكليات العربية إلى تخريج أطباء نفسيين، فإن مستشفياتها لا تستطيع أن تؤمّن التدريب الملائم لتدريبها^(٢). أما الكلية التابعة لجامعة الملك سعود فإنها تخرّج سنوياً عدداً لا يتجاوز أصابع اليد الواحدة، ومثلها الكلية اللبنانية. هذا في حين يغيب الاختصاص عن برامج جامعات بلدان عربية عديدة.

د - ثغرات الوعي الصحي - النفسي: يُعاني الوعي الصحي العربي حالة من التشوش والخلط يساهم خلاف المتخصصين في تعميقها، خصوصاً على الصعيد الصحي - النفسي حيث يصرّ بعض الاختصاصيين النفسيين على اعتقاد نظريات علاجية تتحدى اللاوعي العربي الجليعي، ويتخوض بعضهم

(١) محمد أحمد النابلسي: «الأسس الإحيائية للسلوك»، ملف العدد ١٣، مجلة الثقافة النفسية، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٣.

(٢) أحمد جمال أبو العزائم: «ندوة الثقافة النفسية في القاهرة»، الثقافة النفسية، العدد ١٨، نيسان/ أبريل ١٩٩٤.

الأخر حملات دعابة مضادة للعلاج الدوائي يدعمهم في ذلك المعالجون التقليديون. عن هذا الواقع تنجم مجموعة من المواقف وردود الفعل لدى جمهورنا ومنها:

- يعتمد المريض على إحساسه وحسه في تحديد العيادة الاختصاصية التي يتوجه إليها. فإذا أحسّ ألماً في بطنه توجه إلى اختصاصي في الجهاز الهضمي رافضاً مبدأ طبيب العائلة أو الأمراض الداخلية. وهو يحسّ بالإهانة إذا ما قيل له إن اضطرابه ليس عضوياً بل وظيفياً وبالتفصيل أكثر إنه «تعصيب». لذلك فإن هذه الاضطرابات تصل إلى عيادة الطب النفسي متأخرة بضع سنوات.

- إن ميل الإنسان العربي إلى الماورائيات وارتباط بعض ممارسات العلاج التقليدي بالدين، يؤديان إلى طلب هذا العلاج وقبوله بديلاً للعلاج الطبي. حتى إن غالبية الحالات تعرض على المعالج التقليدي قبل عرضها على الطبيب النفسي.

- يميل المريض العربي إلى رفض العلاج الدوائي لجملة أسباب، في طلبتها دفاعاته أمام الاضطراب النفسي، ومنها الربط ذو الخلفية الدينية بين تأثير هذه الأدوية على الوعي وبين تأثير المحرمات (كحول، مخدرات) عليه.

٣ - جهود جامعة مميزة:

في العقد الأخير شهد الاختصاص مجموعة تطورات مفرزة بالنسبة إلى مستقبله، وأهمية هذه الخطوات هي في كونها صادرة عن إدراك شعولي لأزمات الاختصاص ولشروط تطوره. في عرضنا لهذه الجهود نفضّل تبويبها وفق ميادينها فنقول:

أ) الجهود التعليمية: وتقسم بدورها إلى عدة فئات:

- استحداث برامج جامعية جديدة لتدريب الأطباء النفسيين، وذلك في بلدان عربية عديدة منها السعودية ومصر ولبنان وتونس.

- معجمات الطب النفسي: ونخص بالذكر معجم الجليب^(١)، والمعجم النفيس^(٢)، ومعجم الثقافة النفسية^(٣).

- وسائل التعليم المستمر وإن كانت محدودة.

ب) الندوات والمؤتمرات: إضافة إلى المؤتمرات المحلية يشهد العالم العربي عدداً من المؤتمرات التي تعقد على صعيد شامل وهي:

- مؤتمر اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

- مؤتمر مركز الدراسات النفسية والجسدية.

- مؤتمر اضطرابات الشَّلَّة عقب الصدمة - الكويت.

(١) وليد سرحان ونظام أبو حجلة: معجم الجليب لمصطلحات الطب النفسي، عمان، اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

(٢) سليم عمار وأحمد ذياب وأنور الجبراية: للمعجم النفيس، تونس، منشورات جيم، ١٩٩٤.

(٣) مجموعة من الباحثين: «معجم الطب النفسي» (الثقافة النفسية، المجلد ١١)؛ و«معجم علم النفس» (الثقافة النفسية، المجلد ١٢)؛ و«معجم التحليل النفسي والبسيكوسوماتيك» (الثقافة النفسية، المجلد ١٥).

- الندوات التي تعدها الجمعيات المحلية للطب النفسي على صعيد عربي.

(ج) المجالات المتخصصة: وهي تمتاز عن المحاولات السابقة بقدرتها على الاستمرار وهي:

- المجلة العربية للطب النفسي^(١) - اتحاد الأطباء النفسيين العرب (بالإنجليزية).

- المجلة المغاربية للطب النفسي^(٢) (بالفرنسية).

- مجلة الثقافة النفسية^(٣) - مركز الدراسات النفسية (بالعربية).

(د) الجمعيات والمراكز^(٤): تتنامى الجهود لتحقيق تكامل تجارب وخبرات الأطباء النفسيين العرب. من هذه الجهود:

- اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

- الجمعية العربية للصحة النفسية.

- الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية.

- مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية.

٤ - الأدوية النفسية العربية:

صناعة هذه الأدوية هي صناعة ناشئة في الدول العربية، وهي في مجملها تحويلية ومرتبطة بالشركات الدوائية الكبرى. وهذه الشركات غالباً ما تشترط عدم تصدير الإنتاج إلى الدول العربية الأخرى. في هذا الميدان تأتي مصر في الطليعة، يليها لبنان فالأردن فاليمن، ثم تأتي السعودية التي دخلت مؤخراً بقوة في حقل صناعة الدواء.

إن هذه الصناعة تعاني جملة مصاعب وأزمات مشتركة بين جميع فروعها العربية، منها:

(أ) الإصرار على نقل التقنية مباشرة من دول العالم الأول التي تضع شركاتها شروطاً تعتبر قاسية بالنسبة إلى ظروف هذه الصناعة العربية الناشئة. فلو أمعنا النظر لوجدنا أن بلاداً مثل كوريا تنتج غالبية الأدوية النفسية وتملك تقنيات تصنيعها، وهي مستعدة لتقديمها بدون شروط تجارية مجحفة وبأسعار أدنى. بل إنها قادرة على المساعدة في إرساء قواعد عربية لهذه الصناعة^(٥).

(ب) تبدو الصناعة الدوائية العربية كأنها خطوة على طريق استكمال سيطرة الشركات العالمية على أسواقنا. هذه السيطرة التي تمارسها بعض الشركات بصورة تخالف أبسط القواعد الإنسانية؛ إذ يستمر بعضها في تسويق أدوية (غير مسموحة الاستعمال في البلد المنتج) في الدول العربية والدول النامية إجمالاً. أما بعضها الآخر فيستغل فوضى الاختصاص وانعدام تنظيمه، وغياب سياسة دوائية عربية،

(١) تصدر بالإنجليزية عن اتحاد الأطباء النفسيين العرب - رئيس التحرير: د. عفتان التكريتي.

(٢) تصدر عن الجمعية المغاربية للطب النفسي - رئيس التحرير: د. إدريس الملساوي.

(٣) تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية - رئيس التحرير: د. محمد أحمد النابلسي.

(٤) انظر دليل الجمعيات النفسية العربية في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٩، تموز/ يوليو ١٩٩٤.

(٥) محمد أحمد النابلسي: «واقع صناعة الأدوية في العالم العربي» - محاضرة في مؤتمر ونحو علم نفس عربي - منشورة في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٥، نيسان/ أبريل ١٩٩٢.

لتسويق أدوية لم تُستكمل التجارب عليها. مثال ذلك تسويق بعض الشركات لأدوية لم يتم بعد تحديد مقدار جرعها العلاجية، أو لأدوية يبدو أنها تشجع الميول الانتحارية لدى مستعمليها، أو لأدوية أخرى لم يتم بعد تحديد جهة استعمالها، بحيث تُغيّر الشركة المنتجة وجهة استعمال الدواء عدة مرات (بمعدل مرة كل سنة)^(١).

ج) إن ارتباط المصانع العربية وخضوعها لشروط الشركات العالمية يفقد هذه المصانع الكثير من الأرباح التي يمكن تخصيص جزء منها لتطوير الاختصاص ولدعم الأبحاث العربية في مجاله. هذا الارتباط ينمكس بأشكال عديدة، منها سياسة التسويق التي تُعتبر مهينة: فالشركة ترسل مندوبها (الذي تابع دورة لبعة أشهر فحسب حول الدواء الذي يعمل في تسويقه) ليزور الأطباء في عياداتهم ويعطيهم بعض العينات الطبية ويشرح لهم معيزات وفوائد دواء يستخدمونه منذ عشر سنوات على الأقل! أو هو يحاول إغراء الطبيب باستخدام دواء لم يتم اختبار آثاره الجانبية بصورة كافية ومطمئنة. بل إن هذه الشركات قد تدعم موقف مسوّفها بإقامتها لحفلات الكوكيتيل وأحياناً مآدب الطعام.

د) إن إحساس، بل وتأكيد، الطبيب العربي من واقع كون هذه الصناعات العربية مجرد فروع للشركات الأجنبية يجعله لا يتحمس لها ويعاملها كسائر الشركات لأنه لا يجد أي مبرر للتعاطف معها ولتفضيلها (ولا حتى لجهة السعر الذي يفترض أن يكون أدنى).

هـ) إن أياً من هذه المصانع لم يحاول مجرد محاولة أن ينتج أصنافاً خاصة به. مثال ذلك ما اقترحه في مؤتمر «نحو علم نفس عربي» عن إمكانيات إنتاج دواء يحتوي على خلاصة إحدى الأعشاب المهدئة التي لا تسبب في الاعتياد (مثل نبتة ست الحسن: اليلادونا)، والجمع بينها وبين مهدئ مشبّه أو مهدئ بسيط بجرعة صغيرة، بحيث تقوم كل مادة بدعم الأخرى. إن تراثنا الصيدلاني العربي غني بالوصفات العلاجية بالنباتات التي أثبت العلم الحديث فعاليتها^(٢). ومن واجب مصانعنا أن ندرس وأن نتحرى هذا التراث لفائدتها هي ولفائدة البحث العلمي الإنساني.

٥ - اقتراحات الحلول:

تشير الأبحاث إلى أن اختيار شخص ما لمهنة الطبيب أو للمعالج النفسي هو اختيار قد يكون ذا علاقة بوجود علائم عظامية كامنة لدى هذا الشخص^(٣). ويبدو أن هذه الميول تنعكس على علاقة اختصاصيين بعضهم ببعض. فندرتهم تشكل سبباً كافياً لرمي خلافاتهم جانباً ولتعاونهم، فقد وقعنا ضحية هذه الخلافات من حيث لا ندرى. فإذا ما تعاوننا مع اختصاصي ما من بلد عربي ما وجدنا أن له تياره الخاص وأن بقية التيارات تعامل مسؤولي مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية، وبجملته الثقافة النفسية كأنهم أعداء. هذا العداء قائم على أشده بين الزملاء المدرّسين والممارسين، كما هو قائم بين زملاء في الممارسة وبين الباحثين، كذلك بين الجهتين وبين المدرّسين.

(١) راجع الفقرة التاسعة من الفصل الأول من هذا الكتاب: «نحو استراتيجية قوية للدواء النفسي».

(٢) عبد الفتاح حكاري: «معجم الأدوية النفسية العشبية» - ملف العدد ١٩ من مجلة الثقافة النفسية، تموز/ يوليو ١٩٩٤.

(٣) Donnay - Richelle - Jetal: «Etude des motivations du Choix Vocationnelle en Psychiatrie». in: *Acta Psychiat, Belge*, 1972, N° 72, pp. 345 - 365.

أمام هذه الخلافات التي تمنع في بعضة إمكانيات التعاون داخل البلد الواحد وداخل الجامعة نفسها أو المستشفى نفسه، لا يمكننا اقتراح أي حل لا يقر بوجود مؤسسة جامعة تنظم الممارسة وتفصل بين المختلفين بوضعها الأسس والقوانين الكفيلة بضبط هذه الممارسة، ووضع الحدود أمام الممارسات غير المشروعة، وحسم الخلافات العالقة بين بعض اختصاصيينا. هذه المؤسسة الجامعة يمكن تصورها بالعديد من الصياغات منها:

١ - أن نطلق من المؤسسات الجامعة الموجودة مع إدخال التعديلات الملائمة عليها كي نستطيع أن نقوم بهذا الدور. من هذه المؤسسات نذكر:

- مجلس وزراء الصحة العرب.
- اتحاد الأطباء النفسيين العرب.
- الجمعية العربية للصحة النفسية.
- اتحاد الجامعات العربية.
- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

٢ - أن يتم توزيع المهام على كل جهة من هذه الجهات كل بحسب اختصاصها.

٣ - أن يتم إنشاء مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية^(١) على أن يضم ممثلين اختصاصيين للجهات المعنية كافة.

أما عن تصورنا الشخصي للخطوات المؤدية إلى تطوير الخدمات النفسية، والصحية - النفسية عامة، في العالم العربي فهي كما يلي:

١ - اعتماد الصيغ البديلة لصيغة المصححة النفسية:

حيث النمط القاسي الدفاعات للجهاز العائلي العربي يؤدي إلى قطعية شبه كلية بين الاختصاصيين وبين العائلات التي تحتضن مرضاهم، بحيث تصبح للصحة مأوى دائماً للمرضى الذين تخلت عنهم عائلاتهم ويبقى المرضى المقبولون عائلياً خارج الإطار العلاجي.

مثل هذه الدفاعات موجودة، ولو بنسبة أقل، في المجتمعات الغربية حيث تم طرح عدة صيغ بديلة منها:

- المستشفى النهاري: حيث يأتي المرضى صباحاً ويعودون إلى منازلهم مساءً.
- المستشفى النفسي العام: حيث يُفتح قسم للطب النفسي في المستشفيات العامة.
- دور الرعاية والتأهيل: حيث تكون هذه الدور بمنزلة ورشات للعلاج بالعمل.

هذه الصيغ تتماشى مع واقع الممارسة في مجتمعاتنا سواء لجهة انخفاض تكاليفها، أو لجهة تخفيفها من حرج العائلة والمريض ودفاعاتها، أو أخيراً لجهة كونها تفرض التعاون بين الطبيب النفسي وبين

(١) محمد أحمد التابلي وعبد الرحمن عيسوي وعبد الفتاح دويدار: «نحو إقامة مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية»، الثقافة النفسية، المجلد ٢٠، تشرين أول / أكتوبر ١٩٩٤.

الاختصاصي النفسي تعاوناً تكاملياً في إطار فريق علاجي متكامل يوزّع المهام على أعضائه مع تحديد لها بدقة. لكن «الشيطان» يكمن في تفاصيل هذا التعاون.

٢ - فريق العلاج النفسي:

منذ البداية يُواجهنا هذا الموضوع بجملة تناقضات ومواقف متطرفة ويتم متبادلة بحيث تتمتع هذه البداية. لكن المخاض العسير لتطوير الاختصاص في عالمنا العربي لا بد له من الخوض في هذا الموضوع ومن اتخاذ المواقف الكفيلة بحسم هذا النقاش. لذا سنعتمد في ما يلي إلى التطرق للنقاط التالية:

أ - موقف الأطباء النفسيين: ويتلخص هذا الموقف بالتأكيد على قيادة الطبيب لأوركسترا الخدمات النفسية، وذلك استناداً إلى جملة معطيات أهمها:

(١) إن دراسة الطب هي دراسة مضبوطة أكاديمياً ومسؤولة قانونياً ومنظمة نقائياً. وهي تستمر على مدى اثنتي عشرة سنة بمواظبة دراسية يومية. كما أنها تستمر ببرامج تعليم مستمر للتعرف إلى مستجدات الاختصاص^(١).

بناء عليه يرى الأطباء عدم جواز مقارنة مثل هذه الدراسة بالدراسات النظرية التي تتم في غالبيتها بدون حضور إجباري أو حتى بما يشبه المراسلة، أو بالتدريب على التحليل أو غيره من طرائق العلاج الأحدث (نمو تحليل نفسي، استرخاء، سوفولوجي وغيرها) التي لا توجد لها ضوابط علمية معترف بها أكاديمياً.

(٢) إن العلاج الطبقي هو العلاج النفسي الوحيد القابل لاختبار فعاليته من خلال دراسات تجريبية - مضبوطة علمياً وإحصائياً. كما أن هذا العلاج هو الوحيد القادر على مواجهة الطوارئ الطبفسية^(٢) التي يهدد بعضها حياة المريض والآخرين بما لا يتيح المجال لأي تدخل غير طبي مهما كان نوعه، وقس عليه في العديد من الأمراض كالذهانات على أنواعها، والنشبة الانتحارية، وحالات الهياج، ومحاولات إيذاء الذات والآخرين... إلخ.

(٣) إن تطور البحوث الطبية أسقط العديد من الطروحات النظرية وهو في طريقه إلى إسقاط المزيد منها. مثال ذلك أن تطور أبحاث الجينات قد كشف عن وجود خلل صبغي مسؤول عن الفصام^(٣) (ومجموعة اختلالات أخرى مسؤولة عن أمراض نفسية أخرى) مما أسقط جميع السببيات النظرية التي أصرّ النفسيون على طرحها طيلة عقود. كما أسقطت تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي النظرية السلوكية التي أصرّت على مدى عشرات السنين على معاملة الدماغ على أنه صندوق أسود. بناء

(١) المستجدات في ميدان الاختصاص تطال مجال الأدوية والفحوصات الطبية والعصبية، بحيث لا يمكن للطبيب النفسي إهمالها. ولكل طبيب طريقته الخاصة في الحصول على هذه المعلومات الحديثة، وذلك في غياب برامج عربية منظمة للتعليم المستمر.

(٢) محمد أحمد النابلسي: «طوارئ الطب النفسي» - ملف العدد ١٧ من مجلة الثقافة النفسية، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٤.

(٣) كافالي سوفرورزا: «لقاء مع عالم الجينات كافالي سوفرورزا»، مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٧، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٤.

عليه فإن الزمن والتطور يعملان لمصلحة النظرة الطبية بما من شأنه أن يحسم الصراع في وقت قريب.

٤) إن انعدام تنظيم مهنة «اختصاصي نفسي - عيادي» يدفع الطبيب إلى تجنب التعامل معه طالما ظل الاختصاص عاجزاً عن تشريع ممارسته ووضع الأطر والقوانين لهذه الممارسة.

٥) عجز كليات علم النفس العربية عن تخريج طلاب قادرين على إثبات فعاليتهم.

٦) مواقف معاداة الطب النفسي والعلاج الدوائي. حيث يعتبر الأطباء أن هذه المواقف هي من نوع العدائية البحتة، إذ إن متقدي العلاج الدوائي يجهلون حتى التركيب الكيميائي لهذه الأدوية. من هنا عدم جدوى مناقشتهم والاكتماء بإثبات الفعالية العيادية العلمية لهذه العلاجات، مع المتابعة النقدية المستمرة للآثار الجانبية لهذه الأدوية^(١).

ب - موقف الاختصاصيين النفسيين: ويتلخص هذا الموقف بالمطالبة بتوفير الفرص لهم لإثبات فعاليتهم بعيداً عن الخلاف العقائدي بينهم وبين الأطباء. وهم يطرحون للنقاش مجموعة من النقاط أهمها:

١) احتلال الأطباء للمواجهة العيادية مما يتيح لهم تدعيم موقفهم المتعالي تجاه الاختصاصيين النفسيين. هذا الاحتلال لا ينبع في رأيهم من فعالية العلاج الطب النفسي بقدر ما ينبع من انتهاء هذا العلاج إلى الحقل الطبي الذي يتعامل مع الطبيب كعضو في الجسم الطبي، بينما يتعامل مع الاختصاصي النفسي من منطلق كونه دخیلاً على ميدان الإشفاء المحصور بالأطباء.

٢) إن المرض النفسي هو أولاً وأخيراً أزمة وجود. هذه الأزمة لا نتمكن مجايتها بمجرد العمل على إعادة التوازن الكيميائي للدماغ. فالمنهجية العلاجية الفاعلة يجب أن تدرك الأهمية القصوى للصدقة ولاختلال تنظيم الجهاز النفسي بسبب الحدث أو الأحداث المؤدية إلى الاضطراب النفسي. وبمعنى آخر فإن علاج الاضطراب النفسي يجب أن يملك نظرة دينامية غالباً ما يفتقدها الأطباء النفسيون.

٣) إن نقص تأهيل خريجي أقسام علم النفس يعود إلى عدم تعاون الأطباء النفسيين مع الكليات التي تدرّس هذا الاختصاص.

بعد هذا الاستعراض الموجز لنقاط الخلاف أعود لأذكر بأزمة الثقة العميقة بين الطرفين والتي أشرت إليها في مطلع هذا الفصل. إن اقتراحي حلّ هذا الصراع يجد ما يدعمه من خلال كوني منتسباً إلى الفرعين معاً. بالإضافة إلى دكتوراه الطب النفسي، فإني حاصل على درجة الأستاذية في العلاج النفسي حيث أشرفت على إعداد بعض الزملاء لنيل شهادة الاختصاص العليا في العلاج النفسي^(٢). لذا أرجو أن يتمتع طرحي بقبول الطرفين وأن يجد طريقه إلى التطبيق العملي. وهذا الطرح هو التالي:

١) يتكون الفريق العلاجي من الطبيب النفسي ومن للمعالج النفسي المؤهل، بحيث يشرف كل منهما على التقنيين من أعضاء الفريق (اختصاصي نفسي، مرشد اجتماعي، اختصاصيو التقنيات العلاجية المحددة).

(١) محمد أحمد النابلسي: «أعطال الأدوية المهدئة»، جريدة الأنوار، ٢٥ آب/ أغسطس ١٩٩٠.

(٢) وذلك وفق برنامج معهد الاختصاصات العليا التابع للأكاديمية المجرية في بودابست.

٢) المعالج النفسي المؤهل: حيث نجد أسلوبيين مطروحين للحصول على هذا اللقب:

أ - الأسلوب الأميركي: حيث يتم التدريس في كليات الطب ومحضر الطالب لنيل شهادة جدارة ثم شهادة دكتوراه في العلاج النفسي. وهذا الأسلوب بدأ تطبيقه في المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.

ب - الأسلوب الأوروبي: حيث يتابع حامل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي دورة تأهيلية لمدة ثلاث سنوات يتال بعدها شهادة الاختصاص في العلاج النفسي. وهذا النظام متبع في مصر.

٣) التقنيون النفسيون: إن الممارسة الحرة لمهنة العلاج النفسي تقتصر على الأطباء وعلى المعالجين النفسيين المؤهلين تأهيلاً معترفاً به في البلد الذي يمارسون فيه. أما ممارسة التقنيين فلا تتم إلا تحت إشراف طبي.

٤ - العلاقة بين الطبيب والمعالج: تتوزع المسؤوليات بينها كل وفق اختصاصه، على أن يتولى الطبيب مسؤولية القيادة واتخاذ القرار في حالات الطوارئ.

٥ - يعتبر إذن مزاولة التحليل النفسي من قبل الجمعية الدولية للتحليل النفسي معادلاً لشهادة معالج مؤهل.

٣ - السياسة الدوائية:

إن رسم معالم هذه السياسة هي مسؤولية مجلس وزراء الصحة العرب، بحيث يتم العمل على تحقيق التعاون في مجال صناعة وتسويق الأدوية، كذلك العمل على حماية المريض العربي من الأدوية محظرة الاستخدام في دول أخرى ومن الأدوية التي لم تُعتبر فعاليتها بشكل موثوق^(١).

٤ - تأهيل اختصاصيين في الطب النفسي:

إن نقص الأطباء النفسيين هو، كما أشرت أعلاه، ظاهرة عامة في الدول العربية. من هنا ضرورة عمل كليات الطب العربية على إنشاء برامج تأهيلية لتخريج الأطباء النفسيين، مع دعم وتطوير القائم من هذه البرامج.

هنا نجد من المهم تعداد بعض التجارب العربية في هذا المجال:

- جامعة الملك سعود بالرياض: وبرنامجهما هو تجربة ناشئة لكن في الطريق إلى التعميم على جامعات سعودية أخرى^(٢).

- جامعة عين شمس: وقد طورت برنامجاً جديداً للتأهيل^(٣).

- جامعة تونس: ولديها برنامج معرّب للاختصاص^(٤).

(١) بعض هذه الأدوية يشجع الميول الانتحارية وبعضها يسبب غيبة الكريات البيضاء.

(٢) عبد الرزاق الحمد: «ندوة الثقافة النفسية في القاهرة» - مرجع سابق.

(٣) أسامة الراعي: «ندوة الثقافة النفسية في القاهرة» - مرجع سابق.

(٤) أنور الجرجية: «محاولات تمرير العلوم النفسية بتونس»، مؤتمر مدخل إلى علم نفس عربي، طرابلس - لبنان، ١٩٩٤.

٥ - إنشاء نقابة للعاملين في المهن النفسية:

حيث تقوم نقابة في كل بلد عربي تعمل على التنسيق بين الاختصاصيين النفسيين في مختلف الميادين وبينهم وبين المؤسسات الصحية والتربوية العامة، وأيضاً بينهم وبين المراكز الاختصاصية المحلية والعربية والأجنبية^(١).

٦ - توحيد المصطلحات النفسية^(٢).

٧ - الإشراف على عملية النشر العلمي (إصدار نشرة حولية تقوية للإصدارات النفسية).

٨ - تقييم عينات من رسائل البدارة والأطروحات الملفة في هذا المجال في الجامعات العربية.

٩ - التعليم المستمر:

يشهد الاختصاص تطورات علمية سريعة ومتلاحقة مما يجعل من التعليم المستمر لاختصاصيين مسألة ملحة. فإذا تم إنشاء هيئة عربية جامعة للاختصاص فإنها ستمكن من تقديم تسهيلات عديدة للتعليم المستمر، وذلك على أكثر من صعيد:

- (أ) بالتعاون مع الجامعات ومراكز البحث العربية والأجنبية^(٣).
- (ب) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية - فرع الطب النفسي.
- (ج) بالتعاون مع الجمعيات والمدارس النفسية العربية والأجنبية.
- (د) بإقامة برامج خاصة للتعليم المستمر بموازاة المؤتمرات النفسية العربية.
- (هـ) بتسهيل المشاركة في برامج التعليم المستمر الملحق بالمؤتمرات الدولية.
- (و) بإيجاد وسيلة نشر تعرض لمستجدات الاختصاص ويسهل حصول الاختصاصيين عليها.

١٠ - الدليل العربي للاضطرابات النفسية:

لا يمكننا بحال الكلام عن تجارب نفسية عربية عبر حضارية^(٤) أو عن خصوصية العبادة العربية (وتالياً عن خصوصيات الإنسان العربي) إذا نحن لم نتوصل إلى إصدار الدليل العربي للاضطرابات النفسية. فإصدار هذا الدليل لا يتحقق إلا بعد تحقيق جميع الخطوات المشار إليها أعلاه، والتي تعوقها كل معوقات التعاون العلمي العربي^(٥).

إن المتبقي لواقع الاختصاص يدرك تمام الإدراك عجزنا عن إنهاض هيئة اختصاصية عربية جامعة وتعثر خطوات القائمة منها. الأمر الذي يطرح التساؤلات حول مستقبل هذا الاختصاص في العالم العربي ونزيف أدمغته. فهل نتوصل حقاً إلى إنشاء مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية يكون قادراً على تحقيق مثل هذه الخطوات؟

(١) كانت هذه إحدى توصيات مؤتمر «نحو علم نفس عربي»، طرابلس - لبنان، ١٩٩٢.

(٢) راجع الفصل الرابع من هذا الكتاب.

(٣) تعطي بعض هذه الجامعات منحاً دراسية لهذا الغرض.

(٤) المقصود بتجارب نفسية عربية عبر حضارية تلك البحوث التي تهدف إلى ترسيخ وتأكيد الاتجاهات والعوامل المشتركة بين البشر كاديين مع النظر بحساسية إلى الفروقات المميزة للمجموعات الحضارية، هذه الفروقات الناجمة عن الخصوصيات الحضارية وعن الشخصية الجمعية لكل من هذه المجموعات.

(٥) راجع الفقرة السابعة من الفصل الأول من هذا الكتاب: «العرب والبحث العلمي المشترك».

الفصل السابع

نحو تصنيف عربي للاضطرابات النفسية

تبذل الجمعية العالمية للطب النفسي ومعها الجمعية الأميركية جهوداً مكثفة لإيجاد لغة تخاطب عالمية لتصنيف الاضطرابات النفسية. ولكل من هاتين الجمعيتين دليلها الخاص الذي يحرص كل منهما على تطويره وتعديله ليصبح أكثر التصاقاً بالوقائع العيادية وأكثر قابلية للتطبيق عبر الحضاري. والواقع أن هذه الجهود قد أعطت ثمارها وانمست بارتفاع عالمي لمستوى العناية النفسية في العالم. وبموازاة هذا التطور، فإن فرع الطب النفسي عبر الحضاري قد عرف بدوره تطورات متلاحقة وسريعة أدت إلى ترسيخ أهمية وجود لغة التخاطب العالمية، ولكنها أكدت وفي الوقت عينه على تمايز كل لغة وفردتها.

فهذا الفرع يتم بملاحظة وتسجيل القواسم المشتركة بين الحضارات دون أن يقبل بإلغاء أو بإهمال الفروقات الحضارية. فإذا كانت التصنيفات المطروحة عالمياً هي لغة القواسم المشتركة بين الحضارات فإن ذلك لا يلغي أهمية إرساء التصنيفات المحلية المعتمدة على الفوارق الحضارية. والواقع أن الإصرار على أهمية هذه الفوارق بعيد عن صراعات الترف الفكري كما هو بعيد عن الرغبة في التقليل من أهمية اللغات العالمية المتخصصة، بل هو لصيق بالواقع العيادي المباشر الذي يقتضي من الممارسين ضرورة التعرف إلى هيكلية الاضطراب وسيرورات تطوره كشرط أساسية لعلاج الوقائي والمبكر. وهذا التعرف لا يمكن أن يتجاهل الظروف الحضارية المؤثرة في معاشة المريض لاضطرابه وللأحداث السابقة والمراقبة لهذا الاضطراب.

فيما يلي نطرح للمناقشة بعض الاضطرابات الخاصة بثقافتنا العربية المعاصرة ونتقي منها:

١ - عُصاب الحرب اللبنانية^(١)

٢ - تناذر السيارة المفخخة^(٢)

٣ - تناذر الزوجة الأولى^(٣)

Naboulsi, Mohamad: *Séqueles psychiques et psychosomatiques et psychologiques des événements traumatiques*. Thèse Ph. D. psychiatrie, Académie Hongroise 1990.

Moussong, E-K et Naboulsi, M.: «Le dessin du temps dans le désastre» *Congrès international de psychiatrie*. Athènes, 1989.

(٣) أحمد درويش: «تناذر الزوجة الأولى» - ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي، أثينا - ١٩٨٩، ملخص مترجم في مجلة الثقافة النفسية، المجلد الثاني، ١٩٩٠.

٤ - الاضطرابات النفسية (البيكوسوماتية) عقب الصدمة.

ولو نحن حاولنا اعتياد الدليل الأمريكي المراجع عام ١٩٨٧^(١)، لرأينا أنه يصنفها جميعاً في خانة اضطرابات القلق وتحديداً في باب اضطرابات الشدة عقب الصدمة P.T.S.D.

ولكن هذا الإدراج يفقد هذه الاضطرابات العديد من أبعادها ويفوّت على الفاحص فرص التعرف إلى هيكلاتها بحيث يقصّر في استيعابها ويرتّبك في علاجها ارتباطاً قد يصل إلى حدود الفشل . وفيما يلي عرض لمعامل هذا الارتباك :

أ - اضطراب الشدة عقب الصدمة

يُعرف الدليل الأمريكي هذا الاضطراب من خلال البنود التالية :

١ - التأكد من وجود الحدث الصدمي مع استبعاد ضغوطات الحياة العادية ومنها الصراعات الزوجية.

٢ - تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض (ذكريات، كوابيس، رؤى هلاسية عابرة... إلخ).

٣ - استمرارية السلوك التجنبي.

٤ - ديمومة العلامات المرضية التي تعكس استمرار حالة الاستنفار لدى المريض.

وبالإضافة إلى المعطيات المذكورة أعلاه، فإن الطبعة المراجعة سنة ١٩٨٧ للدليل تصنيف ضرورة كون هذه العلامات المرضية قد ظهرت واستقرت لدى المريض منذ شهر على الأقل . أما إذا تأخر ظهور العلامات عن ستة أشهر، فإن الدليل يُسمّيها بالاضطرابات المتأخرة الظهور، وهو يقسم هذا الاضطراب إلى حاد وإلى متأخر.

ب - عُصاب الحرب اللبنانية

جرت العادة على إدراج هذا العُصاب في باب اضطرابات الشدة عقب الصدمة (أ.ش.ع.ص)، وبهر هذا الإدراج كون هذا العُصاب ومظاهره مستوفية لجميع البنود التي يضعها الدليل الأمريكي كشروط لهذا التشخيص. ولكن مظاهر هذا العُصاب هي أكثر غنى وتنوعاً من أن يحنوها هذا التصنيف.

ج - تناذر السيارة المفخخة

وهو بدوره ملرجح في باب اضطرابات الشدة عقب الصدمة. ولكنه غالباً ما يكون متزاجاً مع عُصاب الحرب في لبنان. كما أن الانفعالات المرافقة له يُمكنها أن تتجسد باضطرابات وتعقيدات جسمية يُملها التصنيف الأمريكي.

د - تناذر الزوجة الأولى

وهو يقحم إنحماصاً في باب اضطرابات الشدة عقب الصدمة لأنّ البند الأول يستبعد الصراعات

الزوجية من هذا التصنيف. ولكن تقرير المعالج العربي لخاصية هذه الوضعية يدفعه إلى تجاهل هذا الاستبعاد من منطلق اعتباره أن زواج الرجل من امرأة ثانية هو بمنزلة الحدث الصدمي المؤكد.

هـ - الاضطرابات النفسية عقب الصدمة

ليس نادراً أن تترافق اضطرابات الشدة مع ظهور تعقيدات جسدية لأمراض معروفة أو أنها قد تكون مناسبة لاكتشاف هذه الأمراض. وفي طبيعة هذه التعقيدات نذكر عثرة القلب وإمكانيات تسميتها باحتشاء قلبي قد يؤدي إلى الموت. وحتى في حال اقتصار هذه التجسيدات على تغيرات فيزيولوجية عذوبة، فإنها تتحول مع التكرار نحو الوسواس المرضية (المراق) مما يعقد الجدول العيادي للحالة.

وعلى الرغم من خصوصية هذه الحالات وتمييزها فإن الدليل الأميركي يدرجها في باب اضطرابات الشدة عقب الصدمة، هذا الإدراج الذي يتجاهل خصوصيتها واحتمالات تطورها.

المناقشة:

إن مجموعة الاضطرابات المطروحة أعلاه تقتضي طرح تصنيف (أ. ش. ع. ص) للمناقشة، وفي هذه المناقشة تأكيداً على النقاط التالية:

١ - يركز هذا التصنيف إلى حالات شديدة ناجمة عن حريق مصنع دهانات أو عن تعرض المسافرين في الطائرات لعمليات خطف... إلى آخره من الأوضاع الشديدة للمعتلة. وبهذا فإنه غير مناسب للتطبيق في حالات مجابهة فعلية وصاعقة ومتكررة للموت كما هي حال تهديدات الحياة أثناء الحرب اللبنانية أو أثناء انفجار سيارة مفخخة.

٢ - يعتمد هذا التصنيف مبدأ الصدمة الوحيدة ويحدد لها فترة حضانة (ربما تبدي الأعراض) مدتها ستة أشهر. ولدى محاولتنا تطبيق هذه المبادئ على الحالات الصدمية اللبنانية، فإننا نفاجأ بتعدد هذه الصدمات وتداخل آثارها وانمكاساتها ومظاهرها بحيث يستحيل علينا الالتزام بمبدأ الصدمة الوحيدة أو بتحديد فترة حضانة معينة للأعراض.

٣ - يكرّس التصنيف الأميركي تفريق الجدول العيادي إلى صعيدين هما صعيد الأعراض وصعيد الشخصية التي تحتضن هذه الأعراض وترعاها. وإذا كان هذا التفريق محتملاً في حالات المتعرضين لصدمة وحيدة، فإنه مستحيل في حالات التعرض للصدمة المتكررة (وخاصة عندما تكون متقاربة كما في حالة الحرب اللبنانية) حيث تؤدي كل واحدة من هذه الصدمات إلى إحداث تغييرات في الشخصية. والاختصاصي لا يستطيع متابعة هذه التغيرات وتطوراتها المرضية إذا ما قبل مبدأ الفصل بين الصدمات ومبدأ الفصل بين الأعراض وتطورها وبين الشخصية وتغيراتها.

٤ - يلغي التصنيف الأميركي عارض الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة (الحدث الصدمي) وهذا الإلغاء غير موضوعي في الحالة اللبنانية حيث يكون هذا العارض أساسياً ويستدعي التدخل العلاجي الفاعل. خاصة وأن مشاعر الذنب تتعقد مع مشاعر تهديد الانتفاء والهوية مما يعطي الضحايا وضعية الشهاده ويشجع نمحي الناجين بهم.

٥ - إن العلامات المرضية - العضوية الملاحظة في حالات الشدة الفائقة لا تقتصر على الاضطرابات

الوظيفية، المصاحبة عادةً لحالات الاستنفار، بل هي تتمتعها إلى اختلال الاقتصاد النفسي - الجسدي للمريض مما يتسبب ارتفاع كبير في نسب الإصابة بالأمراض النفسية لدى المتعرضين لهذه الكوارث. وهذا ما يشته الأديب النفسي حيث يشير كل من كلوتز Klotz وفيشيز Fichez إلى ظهور الهرم البكر واضطرابات الغدد لدى هذه الفئات وحيث تشير الإحصاءات الموثوقة إلى ارتفاع معدلات الإصابات النفسية في المجتمعات والمجموعات المعرضة للكوارث^(١).

٦ - إن صدمة الزوجة الأولى المتمثلة بزواج رجلها من امرأة ثانية هي صدمة لا يمكن للمعالج استيعابها إن هو لم يلجأ إلى الاهتمام بتقييم سائر فروع العلوم الإنسانية لوضعية هذه المرأة ولظروف معاناتها. وهذا الاهتمام يجعل من الصعب على المعالج أن يُفصر فهمه هيكلية هذه الحالة على بنود التصنيف، خاصةً وأن هذه الوضعية صفة الاستمرارية التي تساهم في تطور وتعقيد هيكليتها وأثارها المرضية.

٧ - يقسم التصنيف الأمريكي أعراض (أ. ش. ع. ص) إلى حادة ومتأخرة. وهذا التقسيم يُخالف المنطق العيادي حيث الحادة تقابلها المزمنة، والمتأخرة تقابلها الفورية. كما يُخالف هذا التقسيم طبيعة الاضطراب إذ يمكن لأثار بسيطة أن تؤدي إلى تفجير آثار مزمنة فائقة التعقيد. فهل يمكننا إلغاء الآثار غير المتظاهرة للصدمة الأقدم أو تجاهل هذه الآثار؟

٨ - يُوزع التصنيف الأمريكي الموارض على ثلاثة بنود هي: تكرار المعاشة، والتجنب، واستمرار حالة الاستنفار. وهذا التوزيع يعثر هذه الموارض ويمنع العيادي من التعامل معها بشكل تكاملي.

٩ - يُعمل التصنيف الأمريكي مسألة التفريق بين الأعراض العصبية السابقة للصدمة والتطورات المحتملة لهذه الأعراض من جراء الصدمة وبين الأعراض الخاصة بالعُصاب الصدمي (أ. ش. ع. ص).

إن العيادي العربي إذ يستعرض تجاربه على الحالات الأربع التي اتخذناها مثلاً وإذ يناقشها على ضوء الانتقادات الواردة أعلاه، فإنه يتوصل معنا إلى النتائج التالية:

أ - خصوصية كل حالة من الحالات العصبية الأربع وطابعها العربي المميز.

ب - ضرورة إضاح هيكلية كل حالة من هذه الحالات ووضع البنود الملائمة لتصنيفها.

ج - ضرورة المشاركة العربية في الأبحاث عبر الحضارية التي تؤمن لنا المساهمة في إدخال التعديلات الملائمة لواقعنا في التصنيفات العالمية كما تؤمن لمريضنا فرص الاعتراف بتباين بعض أعراضه وخصوصيتها.

د - ضرورة إرساء لغة تخاطب اختصاصية عربية (تصنيف عربي للاضطرابات النفسية) دون أن يعني ذلك التكرار للقواسم المشتركة عبر الحضارية المتجسدة في التصنيفات المستخدمة على نطاق واسع في العالم.

(١) Fichez, L.F. et Klotz, A: *La Sénescence prématurée et ses traitements*, Vienne Ed. F.I.R., 1961.

هيكليّة الاضطراب الصلبي وتطوّراته

إنّ مناقشتنا لهذه المواضيع تهتدي بالنظريات الدينامية بوصفها جزءاً من التراث النفسي الإنساني. ولكن هذا الاهتمام لا يعني بحالٍ اعتيادنا لموقف الديناميين الرافض أساساً لمبدأ تصنيف الاضطرابات النفسية من منطلق الإصرار على فريدة كل حالة مرضية على حدة. إذ إن موقفنا هو موقف توفيق يهدف إلى تدعيم العيادة العربية وإمكانات تصرفها في وجه هذه الحالات عن طريق التواصل وإغناء التجارب الفردية ومكاملتها. ودافعنا إلى ذلك بعض الحالات الفريدة التي نشهدها في العيادة اللبنانية والتي نذكر منها التالية على سبيل المثال:

أ - تشير الفحوصات الطبية إلى عدم وجود موانع تحول دون الإنجاب لدى الزوجين. ومع ذلك فإنها يستمران في عجزهما عن الإنجاب بعد ثلاث سنوات من العلاج بدافعات الإباضة وبغيرها من الوسائل الطبية. هذا علماً بأنهما قد أنجبا بأكورة زواجهما طفلاً توفي برصاصة طائشة من رصاصات الحرب اللبنانية. ولدى مقابليهما كانا لا يزالان يبيكان طفلهما الميت بعد مرور أربع سنوات على وفاته^(١).

إن مثل هذه الحالة لا تُجبرنا فقط على إعادة النظر في تطبيق التصنيف الأمريكي ومبدأ (أ. ش. ع. ص) في عيادتنا، ولكنها أيضاً تدفعنا إلى التعمق في البحث وتضعنا أمام مسؤولية وواجب مشاركة الآخرين في تجربتنا. ولكن ظروفنا لا تسمح بأكثر من العمل على تفرغ مظاهر الحزن غير المستنفد لدى الزوجين.

ب - حالة اضطراب عقلي عابر مُلاحَظَة لدى المقاتلين المنسحبين من الميليشيات عقب مواجهات صدمية حادة. وتتبدى على هؤلاء مظاهر ذهانية لا تلبث أن تختفي بعد حوالى الثلاثة أشهر على ظهورها. وتوجد لدى الأطباء دوافع قوية لتصنيفها في خانات الذهان أو في باب «تناذر غانسر». وأنا شخصياً أميل إلى اعتبارها تضخماً تذكرياً ناجماً عن الصدمة كردة فعل على حالة التخدر الحسي أثناء التعرض للصدمة.

ج - أمراض نفسية من كل الألوان، بما فيها تعاطف نسب الإصابة بالأمراض المناعية وبأمراض الأجهزة.

والآن كيف نفهم هيكليّة الاضطراب الصلبي؟ نعود إلى تراثنا وإلى ابن سينا تحديداً. فقد أجرى الشيخ الرئيس تجربة جمع فيها حملاً وذبياً في غرفة واحدة وربطهما بحيث لا يستطيع أحدهما مطاولة الآخر. ثم عمد إلى مراقبة التغيرات الطارئة على هذا الحمل، بالمقارنة مع حمل آخر يعيش ظروفاً عادية على اعتباره شاهد تجرّية. ولاحظ ابن سينا أن مظاهر الاضطراب بدأت تتطور لدى الحمل وصولاً إلى الوهن والقهم، وفي النهاية مات الحمل بعد هزال تدريجي.

وهذه التجربة هي شرح عملي ومبدئي لنظريات الشدة الحديثة التي لم تكن معروفة قبل خمسين عاماً. وهذه التجربة لا تهمل مبادئ تكرار الصدمات واستمرارية التعرض للشدة وإمكانات تجسّد

(١) محمد أحمد النابلسي: العلم وعلاجه النفسي، بيروت، منشورات الرسالة - الإيمان، ١٩٨٩.

الانفعالات إلى أن تُفضي إلى الموت. ولكن الإنسان يملك إمكانية التعجيل، وتعليقه للصدمة يعني هضمه لها. فإذا كانت الصدمة عفيفة، فإنه يعجز عن تعجيلها وبالتالي عن هضمها، فتتحول إلى مزمنة، ومن ثم فإنها تنكس القدرة على تحويل حوادث بسيطة إلى مناسبات صدمية ذات صدى. وتفصيل ذلك أن الإنسان يعيش مع فكرة موته وقيمة هذا الموت من خلال اعتياده مبدأ الموت المؤجل «ساموت» ولكن ليس الآن». فإذا ما تعرض لصدمة تهدد حياته (تهديداً مباشراً أو عن طريق دفعه للتفكير في الانتحار... إلخ) فإن هذه المعادلة تنتفي لتحل مكانها معادلة معقدة مفادها: «لا شيء يمنع أن أموت الآن أو في أي وقت قريب. فإذا مات جسدي ماذا سيكون مصير أني؟». وهنا ينشأ الانشطار بين الجسد وبين الأنا بعد أن كانا متطابقين. وهنا تختلف آثار الصدمة باختلاف طبيعتها وباختلاف ما إذا كان تهديدها يطل الجسد (مرض خطر أو تهديد خارجي ينال الجسد... إلخ)، أو ما إذا كان متعلقاً بالأنا (الخوف من فقدان التوازن العقلي أو من فكرة الانتحار والوساوس... إلخ). ومن خلال تجربتنا في لبنان نعرض الجدول التالي^(١):

نوعية الانشطار	الانعكاسات العقلية	الانعكاسات الجسدية	طبيعة الصدمة النفسية
الجسد يُهدد الأنا	إنعدام القابلية الاجتماعية والانصراف عنها وعن الطعام. وقد يتطور هذا الانصراف ليصل إلى «الحلقة العقلية» (Anorexie Mentale)	خلل التوازن النفسي - الجسدي، معاودة ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الجسدية التي كانت كامنة لحية.	صددمات عاطفية. صعوبات العلاقات الشخصية مع الآخرين.
الجسد عرضة للتهديد	تفجر الوسواس المرضية	تجسيدات مختلفة	وضعية عظمية (أسوأ) اعتقال أو خسائر أو فقدان (عزيز)
الجسد عرضة للتشويه	تفجر الخسوف والوساوس للمتحمصرة حول تعرض الجسد للتشويه.	تجسيدات مختلفة من النوع الهستيري.	التعرض لصددمات تهدد الحياة بشكل صاعق (انفجارات، عمليات جراحية... إلخ)
الجسد عرضة للجنون	مظاهر تبدد أو تفكك الشخصية Depersonalisation	ظهور مظاهر التبدد أو التفكك على الصعيد الجسدي.	الشعور بالذنب أمام الضحايا من قبل الشخص الناجي من الكارثة. أو التعرض لتهديد الحياة لمدد طويلة.

(١) مجموعة من الباحثين: الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث، [سلسلة الثقافة النفسية - الجزء الخامس]، بيروت، منشورات دار النهضة العربية.

يعرض هذا الجدول لاحتالات تطور انعكاسات الصدمة كما هو ملاحظ إضافة إلى تصنيفها. وهكذا فإن مطالوة التهديد لحياة الفرد هي مناسبة لتفكيره في أنه وفي روجه. وهنا تختلف المواقف باختلاف الثقافات والأديان واللاوعي الجماعي بأساطيره المعتمدة، وهي عوامل لا يمكننا إغناؤها لدى تصدينا لمعالج هذه الحالات. ومن هنا ضرورة إرساء تصنيف عربي للاضطرابات النفسية^(١). والحالات التي عرضناها هي قليل من كثير، وجعبة أطباءنا لا تخلو من مثل هذه الحالات الخاصة لأسلوبنا العربي في معايشة الوقت والحياة^(٢).

(١) محمد أحمد النابلسي: «ضرورة تعديل التصنيفات الدولية»، ورقة مقدمة في مؤتمر «نحو علم نفس عربي»، طرابلس - لبنان، ١٩٩٢.

(٢) Naboulsi, Mohamad: «War and Developing Society» Budapest, rev. *Therapeutica Hungarica*, (٢) 1990.

الفصل الثامن

أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي

لا بد لعلماء النفس العرب من الاعتراف بعجزهم عن إثبات الفعالية الإجرائية للعلوم النفسية وصولاً إلى المساهمة الفعالة في عملية التنمية العربية في مخاضها العسير. ففي حين تتوالى الدعوات إلى علم نفس عربي نجد عجزاً متعدد الأبعاد عن تجاوز الإشكاليات الساذجة في بساطتها. فالداعون إلى مدرسة نفسية عربية لم يتوصلوا إلى مجرد الاتفاق على توحيد المصطلحات النفسية، حتى باتوا أقدر على قراءة النصوص الأجنبية منهم على قراءة النصوص التي يكتبها زملاؤهم. أضف إلى ذلك عجزهم الواضح عن التفريق بين الموضوع وبين المنهج، عداً عن اختلافهم حول المناهج وإسهامهم لضرورات تطويعها وتعديلها بما يلائم بيئتنا العربية.

هذه الوقائع تنسحب إلى مجموعة ضخمة من التفاصيل التي تمارس آثاراً كارثية على صعيد تدريس العلوم النفسية في العالم العربي، ذلك بغض النظر عن مدى وعي كل بلد عربي على حدة بهذه الآثار وعن أسلوب كل منها في التعامل مع هذه الأزمات. إن مناقشتنا لهذا الموضوع تتخطى تجربتنا الذاتية باستنادها إلى مجموعة غنية من المعطيات والوثائق التي توافرت لدينا بحكم إدارتنا لأبحاث مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية (الذي يصدر مجلة الثقافة النفسية). من هذه المعطيات نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

١) ندوة مجلة الثقافة النفسية حول تدريس العلوم النفسية في العالم العربي^(١) وقد شارك فيها الدكتور جمال وأحمد أبو العزائم ونادية توفيق وسهير يوسف (جامعة الأزهر) وعبد فوارق السنديوني (جامعة أستراليا) وعبد الرزاق الحمد (جامعة الملك سعود - الرياض) وأسامة الراضي (الطائف - السعودية) ومحمد أحمد نابلسي (مركز الدراسات النفسية).

٢) ندوة ونحو مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية^(٢) وقد شارك فيها الدكتور: محمد أحمد نابلسي (م. د. ن) وعبد الرحمن عيسوي (جامعة الاسكندرية) وعبد الفتاح دويدار (جامعة بيروت العربية).

(١) الثقافة النفسية (مجلة): العدد التاسع عشر (١٩٩٤).

(٢) الثقافة النفسية (مجلة): العدد العشرون (١٩٩٤).

٣) الدليل النفسي العربي^(١) وتحديدًا: أ) دليل الكتاب النفسي العربي^(٢)، ب) دليل الاختصاصيين النفسيين العرب^(٣)، ج) دليل الاختيارات النفسية العربية^(٤).

٤) معجم الثقافة النفسية لمصطلحات علم النفس^(٥) والطلب النفسي^(٦) والتحليل النفسي والبيكوسوماتيك^(٧).

٥) مراجعات لثنتين من الكتب النفسية التعليمية تم عرضها في الأعداد العشرين الصادرة من مجلة الثقافة النفسية.

٦) دراسة استقصائية عن بعض كليات تدريس العلوم النفسية في لبنان ومصر وسوريا وقطر وتونس والأردن.

٧) متابعة دقيقة ونقدية للمجلات النفسية العربية^(٨).

إستناداً إلى هذه المعطيات يمكننا تصنيف أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي على النحو التالي:

١ - أزمة المصطلحات:

يعود إنشاء أولى كليات علم النفس في العالم العربي إلى العام ١٩٥٢ حين قام المرحوم مصطفى زيور بإنشاء هذه الكلية في جامعة عين شمس القاهرية. فكانت هذه الكلية بمنزلة ذرة الرمل التي تتكون حولها النؤلوة التي تمثلت بظهور نخبة الرواد الأوائل. حيث نذكر إلى جانب زيور كل من عبد العزيز القوصي ويوسف مراد وعبد النعم المليجي وسامي علي وصلاح خمير واسحق رمزي وغيرهم. لكن معاناة هذه النخبة لم تقتصر على كونها انطلقت من الصفر نحو عاصمة التأسيس بل أضيف إلى هذه المعاناة تلازمها مع الانتهاك الاستعماري للغتنا العربية التي أوحى المستعمر بأنها السبب الرئيسي لتخلّفنا لأنها العائق الرئيسي في وجه تحلّيّا عن هويتنا. فكانت مرحلة إلغاء لغوي حضاري لمجلى بتشجيع اللهجات العامية ومحاولة فرض اللغات الأجنبية. عن هذا الواقع نشأت أزمة مصطلحية لا تزال متأججة لغاية اليوم حيث الخلاف الحاد بين المصطلحات المغاربية وتلك المشرقية. فإذا ما دققنا النظر وجدنا أنها جميعها تنتمي إلى العاميات المحلية البعيدة كل البعد عن العربية الفصحى، حتى توزعت المواقف على النحو التالي:

(١) صدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجلسية في طبعة أولى تجميعية عام ١٩٩٤.

(٢) الثقافة النفسية (مجلة): الممد الثاني عشر (١٩٩٢).

(٣) الثقافة النفسية (مجلة): الأعداد ١٦، ١٧، ١٨ (١٩٩٣ - ١٩٩٤).

(٤) الثقافة النفسية (مجلة): الممد الخامس عشر (١٩٩٣).

(٥) الثقافة النفسية (مجلة): الممد الثاني عشر (١٩٩٢).

(٦) الثقافة النفسية (مجلة): الممد الحادي عشر (١٩٩٢).

(٧) الثقافة النفسية (مجلة): الممد الخامس عشر (١٩٩٣).

(٨) الثقافة النفسية (مجلة): الممد الثامن عشر (١٩٩٤).

أ - مجموعة تدعو إلى اعتياد هذه المصطلحات بوصفها شائعة^(١) مما يجعل من العبث هدر الجهود لتقويمها وتصحيحها خصوصاً أن استبدال الشائع هو عملية شاقة وتحتاج للكثير من الوقت والجهد والتمويل، مع موافقة هذه المجموعة على إسقاط المصطلحات عديمة الصحة اللغوية.

ب - موقف لغوي أصولي يعارض الموقف الأول معارضة عنيفة ويصر على العودة إلى تراثنا العلمي واللغوي لاقرار المصطلحات مع الإصرار على ضرورة إسقاط كل ما يتعارض مع هذا التراث من مصطلحات شائعة كانت أم غير شائعة.

ج - موقف عشوائي - نرجسي يعتمد أصحابه حجة التوفيق بين المواقف المتعارضة فسنراهم يشرون معاجم هي في الواقع مجموعة مرفقات منهجية أو غير منهجية لأعمال الآخرين. كما تصادف من هذه الفئة من يلجأ إلى استنباط مصطلحات جديدة كنوع من أنواع التمرد النرجسي، حتى توصل بعضهم إلى معارضة جميع المعجميين العرب مع أن هؤلاء المعارضين لم ينشروا كتاباً واحداً طوال حياتهم الأكاديمية.

د - موقف التكاملي وهو الذي ينظر بجديّة عميقة إلى أزمة المصطلح يرى ضرورة تأليف فريق متكامل للنظر في هذه الأزمة، بحيث يضم هذا الفريق اختصاصيين لغويين ونحويين وتراثيين ولسانيين إلى جانب اختصاصيي الفلسفة وأصحاب الاختصاص الدقيق في كل فرع من الفروع النفسية. على أن تكون البداية في وضع لائحة معيارية بالشروط الواجب توفرها في المصطلح المرشح للاعتياد.

هذا الموقف الأخير هو موقفنا في مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية، حيث اعتمدنا لائحة الشروط المصطلحية التي ذكرناها في الفصل الرابع من هذا الكتاب .

على هذا الأساس قام المركز بنشر المعاجم الثلاثة في مجلته الثقافة النفسية (الأعداد ١١ و ١٢ و ١٥). أما عن انعكاسات فوضى المصطلح على تدريس العلوم النفسية فإن مدرّسي هذه العلوم يدركونها ويعايشونها، لذلك نكتفي بإيراد بعض الأمثلة :

١ - الاختبار المسمى Thematic Apperception Test (T.A.T.) له في لغتنا العربية عدة تسميات مثل: (أ) اختبار تفهم الموضوع (يعتمده م. د. ن)، (ب) رايثز استيعاب الموضوع، (ج) رايثز تبصر المتون، إضافة إلى تسميات أخرى. فهل نتخيل كيف يمكن للطلاب أن يفهم أن التسميات الثلاث هي للاختبار ذاته وأنها تقصد المعنى نفسه؟

٢ - الاختبار المسمى Patte noire يترجمه بعضهم بـ «اختبار القدم السوداء» وآخرون بـ «رايثر قدم الخروف السوداء»... إلخ. هنا نكرر الأسئلة السابقة؟

٣ - مصطلح Identification يترجم بـ توحد وتقمص وتماهي وتشبّه وتمثّل واستعراف. فأي ضياع لطلابنا الدارسين مع مثل هذه الفوضى؟

نكتفي بهذه الأمثلة البسيطة للدلالة على الآثار السرطانية لفوضى المصطلح العربي، منوهين بأن انعدام التواصل والتعاون العربيين في هذا المجال يحولان دون مجرد الأمل بنجاح أي مشروع تكاملي على المدى المنظور.

(١) الثقافة النفسية (مجلة): وجهاً لوجه: فرج عبد القادر طه ومحمد أحمد النابلسي، العدد التاسع عشر (١٩٩٤).

٢ - نقص الخبرات :

إن مراجعة سريعة للمعطيات المتوافرة لنا من خلال إشرافنا على إعداد الدليل النفسي العربي تبين لنا تسجيل الملاحظات الموثقة التالية :

أ - إن عدد الأطباء المسجلين في اتحاد الأطباء النفسيين العرب لا يتجاوز الـ ١٢٠ طبيباً في حين أن عددهم الفعلي لا يتعدى الأربعائة طبيب، هذا في حين تحتاج خدمات الرعاية النفسية العربية إلى عشرة أمثال هذا العدد. فإذا احتسبنا الأعداد الإضافية التي نحتاجها للتدريس ولقيادة الأبحاث أدركنا أن نقص خبراتنا البشرية يصل إلى حدود الـ ٨٠٪.

ب - إن نقص الاختصاصيين النفسيين لا يقل نسبة وخطورة عن نقص الأطباء النفسيين، حيث نعانى نقصاً يبلغ حدود الغياب في فروع نفسية عديدة كالإعاقة والإدمان وتدريب النطق والإرشاد النفسي والعلاج النفسي الذي تجهل العديد من مدارس جهلاً تاماً إذ نكتفي بمجرد السماع عنها.

ج - انعدام التنسيق بين الجامعات العربية وبين مراكز البحوث مما يفتح الأبواب عريضة أمام السرقات العلمية وأمام هدر الطاقات والجهود البحثية.

د - انعدام التعاون العلمي العربي في هذا الميدان وصولاً إلى العجز عن مجرد التفكير ببرنامج دراسي عربي جامع. يكفينا دلالة على ذلك استحالة إقناعنا لدليل الأطباء والاختصاصيين النفسيين العرب بالرغم من اتصالاتنا المتكررة بالجمعيات والمؤسسات والجامعات ونقابات الأطباء العربية.

لكن كيف تنعكس هذه المعوقات والنواقص على صعيد التدريس؟ إن هذه الانعكاسات خطيرة ومتشعبة بحيث نشك بقدرتنا على الإحاطة بها جميعاً. لذا فإننا سنسرد ما عايناه منها تاركين للزملاء المهتمين تقييم هذه المعائنات وإتمامها:

(١) ينعكس نقص الخبرات البشرية بصور مختلفة نذكرها دون إعطاء الأمثلة عليها:

أ - الاكتفاء بتدريس علم النفس كأحد المقررات الاختيارية.

ب - المزج بين التربية وعلم النفس.

ج - المزج بين الفلسفة والاجتماع وعلم النفس.

د - الاكتفاء بتدريس اختصاص نفسي واحد (غالباً علم النفس التربوي).

هـ - كليات عاجزة عن تقديم أي تدريب عملي لطلابها (لا تملك حتى مختبراً مبسطاً).

و - جامعات تغامر بفتح أبواب الدراسات العليا من غير أن تملك المقومات الأساسية لهذه الدراسات. وحيناً لو عرضت أطروحات هذه الجامعات للتقييم الموضوعي الحيادي. فمثل هذا التقييم من شأنه أن يشرح لنا سبباً وجيهاً من أسباب بطالة الخريجين ومن أسباب عجز العلوم النفسية عن المساهمة في سيرووات التنمية.

(٢) تشتيت جهود الاختصاصيين:

إن ندرة التخصصين تهمير الاختصاصي العربي على بعثرة جهوده وتوزيعها في شتى الاتجاهات. فهو على الرغم من عدم الاعتراف بفعالية اختصاصه، مطلوب لمهات التدريس والعلاج والإرشاد

والتوعية والوقاية والتثقيف، الأمر الذي يمنعه من التعمق في أحد هذه المجالات ويفقده قدرته على تطوير نفسه والاستفادة من تجاربه. كما يمنعه ذلك من متابعة تعليم مستمر في مجال معين. هذه التعددية قد تكون مغرية للبعض، لكن البعض الآخر يدرك أنها تستنفده وتحول دون قدرته على متابعة مستجدات اختصاصه فتحوله نحو الجمود والتغلب. بل إن هذه القولة تنعكس على طلابه الذين يتحولون أحياناً تدور في فلك معلوماته التي باتت بحكم القديمة المتخلفة.

للإيضاح أكثر نعطي مثال الطبيب النفسي العربي الذي تجرعه كثافة الطلب العلاجي على ممارسة الطب النفسي العام. فنراه يعالج جميع حالات المصائب والأذهان لدى الأطفال والبالغين والشيوخ كما يعالج حالاتهم النفسية وأحياناً العصبية. إضافة إلى الدور المطلوب منه كمعالج لإدمان الكحول والمخدرات وكمستشار للشؤون الزوجية وكمعالج للاضطرابات الجنسية... فهل يستطيع هذا الطبيب أن يتخصص في علاج الفصام وحده ويرفض علاج بقية الحالات؟ الجواب هو بالنفي طبعاً، مما يستتبع عجزه عن التعمق والبحث في أي من هذه الميادين.

٣) الاختصاصي والأغراءات:

هذه النذرة تفتح أمام الاختصاصي أبواب الانتقال من موضوعية العلم إلى ذاتية المجتمع بما تحويه من اغراءات بالنجومية الاجتماعية. فالجال مفتوح أمامه للعمل في مكافحة الإدمان وفي جمعيات مساعدة المعوقين وتنظيم الأسرة وغيرها من النشاطات التي قد لا تكون من ضمن الحاجات الاجتماعية الفعلية بحيث تكون في أدنى سلم الأولويات أو حتى خارجة. أقوى من هذه الاغراءات الاجتماعية تلك الاغراءات التي تشكل جسراً بين الاختصاصي والسلطة. وهذه الاغراءات الأخيرة قليلة بإخراج الاختصاصي من دائرة اختصاصه بصورة حاسمة.

٤) العصبية بين المدرسين والممارسين:

إن حالة الركود التي أشرنا إليها أعلاه تخلق هوة كبيرة بين الاختصاصيين العاملين في التدريس وبين أولئك الممارسين. هذا الخلاف لم يعد سراً في بلادنا العربية، حيث تحولت روح التعاون العلمي إلى أشكال متطورة من السخرية للتباعدة. ففي حين يقيم المدرسون العوائق والحواجز لمنع الممارسين من الدخول إلى الجامعات نرى الممارسين ينظرون بازدراء إلى الخريجين المقولين بقوالب مدرسيهم، حتى لتبدو الحلول الوسطى معدومة الأمل في التجاع. أوليس من المسلمات حاجة الطلاب للتدريب العلمي على يد الممارسين؟ ألا يحتاج كل من للمدرسين والممارسين إلى تبادل الخبرات بهدف التطوير والتكامل؟

٥) الخريجون ونقص الخبرات:

من الطبيعي أن ينعكس نقص الخبرات والإمكانات على الخريجين. هذا الانعكاس يختلف من اختصاصي لآخر. ومن بلد لآخر فالطبيب السعودي عبد الرزاق الحمد يقول إن برنامج تدريب الأطباء النفسيين في جامعة الملك سعود بالرياض يعجز عن تخريج أكثر من أربعة أطباء سنوياً، ومثله برنامج كلية الطب في الجامعة اللبنانية. في حين يختلف هذا الوضع في الجامعات المصرية (تتأني درجة أقل من نقص الخبرات) حيث الشكوى من مستوى الخريجين، إذ يصرح الدكتور المصري أبو العزائم أن المستشفيات الجامعية المصرية لا تستقبل مرضى مهتاجين مما يحرم طلابها فرص التدريب على التعامل مع هذه الحالات.

أما في الاختصاصات النفسية - النظرية فإن خريجها يقعون في أحد مازقين أولها البطالة وثانيها البطالة المتقنة حيث العمل بدون فعالية إنتاجية أو الهجرة. مثال ذلك ما يشير إليه إحصاء لبناني عن بطالة خريجي كلية علم النفس حيث لا تتجاوز نسبة العاملين في ميدان اختصاصهم الـ ٣٪ من مجمل الخريجين وحيث بطلانهم المتقنة تتجلى بعملهم في التدريس أو في مجالات أخرى لا تمت إلى الاختصاص بصلة.

٣ - أزمات الكتاب النفسي العربي:

من الطبيعي أن تؤدي جملة العوامل المذكورة أعلاه إلى اضطراب المدرسين إلى تدريس بعض المواد التي لا تدخل في نطاق اختصاصهم المباشر. هذه الواقعة على محاذيرها منتشرة بصورة كثيفة في غالبية الجامعات العربية، وإن كان بعض تلك الجامعات يحذّر من أضرارها عن طريق اعتماد مراجع جادة في التخصص الدقيق، فيكون تدريس المادة مناسبة مقيدة للمدرس كي يطور معلوماته ويوسع آفاقه. لكن الأمر يصل إلى مرحلة غاية في الخطورة عندما يتغلق المدرس على معلوماته غير الكافية في الموضوع. فتكون النتيجة ترسيخ الركود الفكري لدى المدرّس وقصور في الإعداد العلمي والتكوين الفكري للطلاب. من هنا تنشأ مجموعة من الأزمات المتعلقة بالكتاب النفسي العربي، هذه الأزمات التي نعين بعض ملامحها من خلال دراسة إحصائية - تحليلية - دليل الكتاب النفسي العربي والتي قام بها الدكتور حسن الصديق وكتر نصر^(١) يُنّت:

أ - غلبة الترجمات التجارية حتى تكاد تنحصر في مؤلفين أجانب عدودين أمثال فرويد وداكو وكارينجي وغيرهم ممن نجد عدة ترجمات عربية لكل كتاب لهم. فإذا ما دققنا النظر وجدنا أن غالبية مترجمي هذه الكتب هم من غير المتخصصين.

ب - وجود عشرات العناوين لكل مادة مقررة في كليات علم النفس وغالبيتها بعيدة عن الأبحاث المعاصرة والمستجدات في هذه الميادين.

ج - بعد استبعاد الكتب المؤلفة والمترجمة من قبل غير المتخصصين وبعد استبعاد الكتب التعليمية وكتب الثقافة العامة نجد أن الكتب الجيدة هي تلك المترجمة في حين نجد ندرة واضحة في الكتب الجيدة المؤلفة من قبل متخصصين عرب.

وتختلص الدراسة إلى وجود هدر هائل في ميدان نشر العلوم النفسية في عالمنا العربي، ومن هنا اقتراحها ضرورة اتخاذ بعض الخطوات الحاسمة للحد من هذا الهدر.

وما دامنا في مجال جرد محتويات المكتبة النفسية العربية فإننا نسجل النقاط التالية:

- (١) افتقاد هذه المكتبة للمؤلفات الأساسية في علم النفس باستثناء الجهود الفردية لبعض الرواد ونذكر منهم تحديداً: (١) ترجمة زيور وفريقه لمؤلفات فرويد، (٢) ترجمات صلاح خيمر الجيدة والمتعددة، (٣) ترجمات يوسف مراد وجماعته في علم النفس التكاملي بالإضافة إلى بعض الجهود البعثرة الأخرى.

(١) حسن الصديق وكتر نصر: «دراسة إحصائية تحليلية للإصدارات النفسية العربية» - ورقة مقدمة إلى مؤتمر ومدخل إلى علم نفس عربي، طرابلس - لبنان، ١٩٩٤.

إن يجعل هذه الأعمال لا تشكل سوى جزء يسير من التراث النفسي حتى أن عشرات المؤلفين الكبار من مؤسسي المدارس النفسية لا وجود لمؤلفاتهم في مكتبتنا. فعلى سبيل المثال لا الحصر فإننا لا نعرف بوجود أي كتاب مترجم إلى العربية لأحد العلماء التالية أسماؤهم: سوندي وميدونا وكوهلر وديفريه وروهايم وديلي... إلخ. قد ينتج البعض بأن هذه المؤلفات لم تعد معاصرة لكنهم يوافقوننا حيناً على كونها أساساً فكرية وإرهابيات أولية يفيد الباحث من الاطلاع عليها. أو أقله فإنهم يتفقون معنا على كونها أكثر فائدة من مؤلفات غير المتخصصين حيث توصل بعضهم إلى تحليل الشخصية العربية وإلى إرساء نظريات خاصة به.

٢) عدم وجود معايير ثابتة للنشر. فلدى مراجعتنا للمكتبات الأجنبية نجد أن الدور المتخصصة تحافظ على مستوى غاطية علمي محدد من خلال تحديد المعايير المناسبة لجمهور قرائها. أما الدور غير المتخصصة فإنها تصدر سلاسل خاصة تمتاز أيضاً بخضوعها لمعايير دقيقة، بحيث يمكن للقارئ أن يجد مستوى الكتاب العلمي ومستوى غاطيته من خلال تعرفه إلى الدار الناشرة. في المقابل نجد أن دور النشر عندنا وحتى مشاريعنا الثقافية، المعتمدة كبرى، مفتقدة لهذه المعايير، فزاهما تنشر حيناً كتاباً مترجماً من أئمة الكتب المعاصرة لتعود فتشتر كتاباً لا يعدو أن يكون مجرد أطروحة جامعية يحتاج معدها إلى عدة سنوات من العمل الجاد حتى يدخل عالم البحث والأبحاث.

٣) الارتباط المباشر بالسياسة التسويقية للنشر، حتى بات انتشار الكتاب رهناً بهذه السياسة بغض النظر عن القيمة العلمية الموضوعية للكتاب، ناهيك عن الميل إلى التركيز على جمال الغلاف والإخراج وعلى العنوان الأكثر جاذبية وذلك على حساب المضمون. هذه المنافسة التسويقية تفرض أساليب ضخمة على مشاريعنا العلمية الرصينة، حيث تضطر إلى توزيع إصداراتها بأسعار متدنية، لتعويض تفوق المسوقين التجاريين، مما يؤدي إلى تحميلها خسائر كبيرة كان من الممكن توظيفها في مجالات أكثر فائدة ومردوداً. حتى هنا نلاحظ أن شطارة التسويق تستبدل بشطارة الولوج إلى هذه المشاريع الثقافية. وهذه الشطارة الأخيرة إنما هي وليدة مجموعة الأسباب التي تعمق أي تعاون علمي عربي جامع في الميدان النفسي أو في غيره من الميادين.

٤) الثالث العظامي (البارانوني) واقطابه قارئ يشكو الغلاء ورواة الشكل والمحتوى، ومؤلف يشكو ناشراً يضمن حقوقه وقارئاً جاحداً، أما ثالث الأقطاب فهو الناشر الذي يشكو من بلادة القارئ وطمع المؤلف.

٤ - المتاهج والأسر العقلي:

تعتمد المتاهج النفسية على خلفيات فكرية - فلسفية شأنها في ذلك شأن مناهج سائر العلوم الإنسانية، هذه المتاهج التي يشبهها البعض بحصان طروادة الذي يتسلل الفكر الغربي عن طريقه إلى بيتنا الاجتماعية - الثقافية ليخلق حالة فصامية تفككية بين طريقتنا في العيش وبين رغبتنا في المعاصرة. لا بل كانت هذه المتاهج تأسيساً لقناعة قسم من متقنيها باستحالة تطوير أسلوب عيشنا بصورة تتسجم مع رغبتنا في المعاصرة. فإذا كان من الممكن استيراد القوالب الفكرية الجاهزة في أكثر من ميدان من ميادين العلوم الإنسانية (مع تجاهل خطر هذا الاستيراد) فإن هذا الاستيراد مستحيل في ما يتعلق

بالعلوم النفسية، حيث تعريف الإنسان الطبيعي^(١) هو: «ذلك الشخص الذي يستطيع تحقيق أعلى درجات التكيف مع محيطه توصلاً إلى تحقيق سعادته بما يعود بالفائدة على مجتمعه بالصورة الأفضل».

بعد هذا التعريف لتأخذ مثال الإنسان السوي الذي يتعرض لأزمة ما تدفعه إلى طلب العلاج النفسي. هنا نجد أنه سيخضع لعلاج يعتمد أحد المناهج الأجنبية. هذا الشخص سيُفاجأ بكون العلاج يبدأ بدعوته إلى التخلي عن أسلوب عيشه الأساسي واستبداله بأسلوب آخر للعيش. غني عن القول إن مثل هذه الدعوة تشكل عبئاً ثقيلاً على الشخص لأنها صادرة عن اختصاصي يفترض به القيام بدور الناصح المتبصر بالأمور. كما أن هذه الدعوة تشكل بعد ذاتها موقفاً معادياً للمجتمع واتهام أعضائه بالجنون الجماعي.. هذا العداء الذي يصدر من اختصاصي يفترض فيه مساعدة الأشخاص على التكيف مع واقعهم ومجتمعهم وصولاً بهم إلى تحقيق سعادتهم بما يعود على المجتمع بالنفع والفائدة. عند هذا الحد نلاحظ توزيع اختصاصيين العرب بين المواقف التالية:

أ - الأمر العقلي الكامل: هؤلاء الاختصاصيون يصرون على تعديل قيم المجتمع ونقائده وجهاز قيمه بما يتلاءم مع المنهج الذي يأمر عقولهم والذي يرفضون تعديله.

ب - التعديل الفردي العشوائي: يعتمد هؤلاء الاختصاصيون مبدأ ضرورة التعامل مع الواقع العيادي والاجتماعي وضرورة التكيف معه. فتراهم يُدخلون بعض التعديلات السطحية على المنهج، وهم قد يتحولون بعد تجاربهم إلى درجة من النضج الأكاديمي تساعدهم على إجراء وإرساء تعديلات منهجية تقلل من عشوائية تعديلاتهم الأولية على المنهج.

ج - الموقف الهروبي: ويتجلى بالتهرب من مواجهة واقعة عدم صلاحية المنهج للتطبيق. فتراهم يعتمدون أحد الحلول الهروبية مثل الهجرة والانفاس في النواحي النظرية والاكتماء بتدريس المنهج تدريجياً نظرياً... إلخ.

د - موقف التمرد الترجسي: حيث يلجأ الاختصاصي إلى تركيز قناعاته بضرورات تعديل ذلك المنهج عن طريق العمل بمبدأ التكامل بين تجاربه وبين تجارب الآخرين. لكن تحقيق هذا التكامل تعوقه كل العوامل المعروضة أعلاه. أمام هذه المواقف يتجلى التمرد الترجسي بالدعوة إلى تعريب أو أسلمة العلوم النفسية (والإنسانية إجمالاً). لكن هذه الدعوات بقيت مجرد دعوات لقناعة أصحابها باستحالة تحقيق التكامل وصولاً إلى اكتماء كل داع من هؤلاء الدعاة بعرض آرائه وملاحظاته من خلال قنوات النشر المتوافرة له.

لهذه الأسباب مجتمعة تجنب مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية التورط في طرح دعوة أخرى إلى تعريب العلوم النفسية. فهو قد اكتفى بعقد مؤتمرات تحت شعارات: «نحو علم نفس عربي»^(٢) و«مدخل إلى علم نفس عربي» في محاولة لتحقيق الاتصال بين دعاة التعريب كخطوة على طريق التكامل بينهم. مع طرح مجلة الثقافة النفسية كمنبر أكاديمي عربي لدمج هذه الخطوة التي أتاحت لنا تصنيف دعاة التعريب في خانات مختلفة تشترك جميعها في عواض أساسية هو الإحباط.

(١) محمد أحمد النابلسي: الطب النفسي والثرية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

(٢) نشرت أعمال هذا المؤتمر في الثقافة النفسية، المجلد العاشر (١٩٩٢).

إنطلاقاً من خبرتنا المستمدة من هذه الأعمال، عمد مركز الدراسات المذكور إلى تبني خطة عمل تعيد وصل العلوم النفسية بالعلوم الإنسانية لأن هذه الأخيرة تلعب دوراً معيارياً هاماً وأساسياً في تحديد عوامل السواء وأعراض المرض. من هنا كان تعديل المناهج مرتبطاً بالمبادئ التالية:

أ - التراث النفسي: وهو غني بالمصطلحات القابلة للاستخدام ولإعادة الاستخدام. كما أنه غني بالتجارب النفسية والطبغسية إضافة إلى اقتراحات العلاج النفسي بالأعشاب. في هذا المجال التراثي نشرت الثقافة النفسية حوالي الثلاثين بحثاً توزعت على عشرين عدداً.

ب - علم النفس اللغوي: حيث الاضطرابات اللغوية المميزة للأمراض النفسية وحيث دور اللغة كأداة للتنوع في الزمان والمكان، كما أن هنالك اضطرابات النطق والحديث وسيلانه. وقد حظيت هذه المواضيع بمساحة كافية لها في أعداد الثقافة النفسية المختلفة.

ج - الفلسفة: حيث ضرورة تعرف الاختصاصي النفسي إلى المنطلقات الفلسفية لكل مناهج من المناهج النفسية السائدة، من براغماتية المدرسة السلوكية إلى لابرغياتية التصنيف الأميركي للأمراض العقلية، مروراً بظواهرية بترفانجر ومينكوفسكي وصولاً إلى بنية لاكان ومارتي... إلخ.

د - علم الاجتماع بفروعه المتعددة ذات التماس المباشرة مع اللاوعي الجماعي بتمظهراته النفسية.

هـ - علوم الاتصال وخصوصاً الجانب المقارن عبر الحضاري منها.

هذا طبعاً بالإضافة إلى سائر الفروع النفسية التي تتداخل في ما بينها على صعيد المنهج وتتبع على صعيد التطبيق والممارسة.

٥ - المواضيع والأسر العقلية:

إن الشلل الناتج عن عدم تعديل المناهج بما يتوافق مع الواقع البيئي - الثقافي يؤدي إلى عقم محاولات التصدي للدراسة أزمات هذا الواقع، هذا العقم يجب أن يكون إشارة خطر تدل على انعدام فعالية المناهج. لكن المؤسف فعلاً هو تحول ميادين بحوثنا النفسية نحو أزمات المجتمعات الأجنبية مع تجاهل تام لأزماتنا الحقيقية وجدول أولويات هذه الأزمات. هنا نكتفي بهذه الملاحظة متجنبين إعطاء الأمثلة، تاركين للقارئ مراجعة مواضيع إصدارات مركز الدراسات النفسية ومواضيع الأطروحات الجامعية المعدة في جامعاتنا العربية.

٦ - جدول الأولويات:

من خلال مناقشات معمقة مع مختلف الأطراف المعنية بالعوامل المؤثرة المشار إليها أعلاه، عمد مركز الدراسات النفسية (م.د.ن) إلى تبني خطة عمل تركزت في عقده المؤتمر الأول تحت شعار «نحو علم نفس عربي». عن هذا المؤتمر صدرت مجموعة من التوصيات على شكل جدول أولويات يتضمن النقاط التالية:

أ - تسهيل التواصل بين الاختصاصيين في البلد العربي الواحد، وبينهم وبين زملائهم في البلدان العربية الأخرى، على أن يكون ذلك من خلال قنوات منظمة وجدية. بناء عليه، عمل المركز

على تحقيق هذه الأولوية من خلال الخطوات التالية:

- ١ - إعداد ونشر الدليل النفسي العربي على أجزاء في مجلة الثقافة النفسية ومن ثم نشره بشكل كتيب مع دعوة الأعضاء العرب في المركز إلى مراجعة المعلومات المتعلقة ببلادهم.
- ٢ - تأسيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية كخطوة أولى نحو تكامل جهود الاختصاصيين اللبنانيين في هذا المجال.
- ٣ - تكريس مجلة الثقافة النفسية كوسيلة تواصل وتعزيز هيئة تحريرها بهيئة استشارية تضم العديد من أعلام الاختصاص في مختلف البلاد العربية.
- ٤ - الدعوة إلى مؤتمر ومدخل إلى علم نفس عربي» وتكريس تقليد المركز في إقامة مؤتمره مرة كل سنتين.

ب - توحيد المصطلحات: على طريق إرساء لغة خطاب عربية جامعة في الميادين النفسية عمد المركز إلى نشر معاجمه الثلاثة: (١) السطب النفسي، (٢) علم النفس، (٣) التحليل النفسي والسيكوسوماتيك. وقد تم هذا النشر في مجلة الثقافة النفسية لطرح هذه المصطلحات للمناقشة مع قراء المجلة والمهتمين من اختصاصيين كافة. كما تعمل لجنة المصطلح في المركز حالياً على إخراج هذه المعاجم بطبعة تجريبية طمعاً بمزيد من التشاور والمشاركة من الزملاء العرب. هذا مع الإشارة إلى أن انتقاء المصطلحات قد تم بناءً على قواعد محددة ومنشورة في بداية كل معجم. كما ننوه هنا بجهود لجنة التدقيق اللغوي التي نشرت «المعجم الجنسي في لسان العرب». هذا المعجم الذي يضع في متناول الباحثين العرب مجموعة غنية من المصطلحات التراثية الدقيقة القابلة للاستخدام المعاصر والحاسمة للجدل.

ج - التعاون العلمي العربي: حيث يساهم المركز في هذا المجال من خلال القنوات المتاحة له ومنها:

- ١ - دعوة الاختصاصيين العرب إلى الموسم الثقافي (يقيم المركز سنوياً أثناء العام الدراسي بمشاركة الجامعة اللبنانية - طرابلس) والذي يستضيف الاختصاصي العربي كمحاضر يعرض ما تراكم لديه من خبرات في خصوصية الممارسة في البيئة العربية.
- ٢ - عقد ندوات تنشرها مجلة المركز - الثقافة النفسية وتتناول المواضيع المدرجة كأولويات.
- ٣ - تشجيع الإنتاج الجيد والتعريف به في المجلة وفي وسائل الإعلام اللبنانية والعربية.
- ٤ - نشر تقارير علمية عن المؤتمرات النفسية المنعقدة في العالم العربي (في مجلة المركز).
- ٥ - نشر مقابلات مع علماء النفس العرب من مقيمين ومغتربين^(١) (في مجلة المركز).
- ٦ - المشاركة في الدراسات المقارنة عبر العربية.
- ٧ - المشاركة في النشاطات العربية الجامعة.

(١) نشرت الثقافة النفسية مقابلات مع: جمال أبو العزائم وفرج عبد الغادر طه وعبد الرحمن عسوي وعادل عز الدين الأشول ونادية وافي وسهر توفيق وأحمد أبو العزائم (مصر) وجانيس بيشكي (مصري مغترب في الولايات المتحدة) وأحمد عبد الخالق ولطفلي الشريبي (الكويت) وأسامة الراضي وعبد الرزاق الحمد (السعودية).

د - تدريس العلوم النفسية : إن هذا الموضوع مرتبط مباشرة بكافة النقاط المعروضة أعلاه . لكن عدم حيازة المركز لصفة المعهد دفعته إلى تبني مبدأ «التعليم المستمر» . وفي هذا المجال حقق المركز ما يلي :

- ١ - نشر سلسلة كتب الثقافة النفسية وهي سلسلة مترجمة للأعمال الأجنبية المعاصرة . هدف هذه السلسلة تعريف الاختصاصي العربي على التيارات والأبحاث النفسية المعاصرة .
- ٢ - تقوم الثقافة النفسية بنشر المواضيع التالية :
 - ترجمة ملخصات البحوث المنشورة في مجلة التصوير العصبي^(١) .
 - ترجمة مقتطفات من البحوث المقدمة في المؤتمرات العالمية^(٢) .
 - ترجمة منتخبات من الصحافة الاختصاصية العالمية .
 - مقابلات مع كبار الاختصاصيين العالميين^(٣) .
 - مختص ملف كل عدد بموضوع معين .

٧ - اقتراحات الحلول :

من مجمل ما تقدم يتضح لنا عمق أزمات العلوم النفسية وأزمات تدريسها في عالمنا العربي . فإذا كنا نتبنى جدول الأولويات المطروح من قبل (م.د.ن.) ، فإننا ندرك في الوقت نفسه مدى براغماتيته في التعامل مع هذه الأزمات التي تحتاج إلى حلول جذرية لها . بناء عليه نقترح ما يلي :

أ - توحيد المصطلحات ونشر «معجم المصطلحات النفسية الموحدة» من قبل هيئة عربية جامعة مثل المنظمة العربية للتربية والعلوم أو مجلس وزراء الصحة العرب أو غيرها . على أن يتم وضع هذا المعجم بالتفاهم بين الجامعات اللغوية العربية وبين المعجمين النفسيين العرب وبالتشاور مع كبار الأساتذة العرب مع فتح باب الاجتهاد والمراجعة .

ب - إقامة علاقات التعاون والتبادل العلمي بين الجامعات العربية وبين الجامعات ومراكز البحوث العالمية . مع إمكانية قيام المجلس الأعلى للجامعات العربية بتنسيق هذه العلاقات .

ج - إنشاء مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية . قد ينبثق عن جمعية نفسية عربية جامعة أو عن مجلس الجامعات العربية أو عن إحدى الهيئات العربية الجامعة الأخرى . على أن يتولى هذا المجلس مهمة تقييم مستويات الدراسة في مراحلها المختلفة في الجامعات العربية . كما يتولى مهمة تقييم الإصدارات النفسية العربية بوضع قواعد محددة لإدراج هذه الإصدارات أو إسقاطها من لائحته التي ينشرها سنوياً ، الأمر الذي يحّد من فوضى النشر ويساعد القارئ العربي على انتقاء مصادر معلوماته .

Psychiatry Research - Neuroimaging revue.

(١)

(٢) من هذه المؤتمرات :

- المؤتمر الدولي الثامن والعشرون للمحللين النفسيين . - المؤتمر الدولي لطب نفس الشيخوخة . - المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي . - المؤتمر الدولي الخامس لعلم النفس التيزيولوجي .

(٣) نشرت الثقافة النفسية مقابلات مع الأساتذة : Moussong E.K., Marty P., Fanti S., Devreux G., Grant J.,

Szondi L., Lacan J., Montain B., Jouvet M., Roth M., Burrows G.D., Katsching H.

د - العمل على تعديل التصنيفات الأجنبية للاضطرابات العقلية بما يتلاءم مع ظروفنا الحضارية الخاصة .

هـ - العمل على تعديل الاختبارات النفسية الأجنبية وإسقاط القديم منها . مع التشجيع على إنتاج اختبارات عربية خالصة .

و - تسهيل اطلاع الاختصاصيين، العاملين في التدريس خصوصاً، على مستجدات الاختصاص، وذلك بتأمين المجلات والمراجع الأجنبية اللازمة وتسهيل إمكانيات التواصل مع الجامعات ومراكز البحوث، بما في ذلك التشجيع على المشاركة في المؤتمرات العالمية .

الفصل التاسع

عصاب الكارثة في الصياحة العربية

تُشكّل الحرب الميدان الرئيسي لإساءة استخدام العلوم، حتى باتت إساءة الاستعمال هذه شاملة للعلوم الإنسانية وخصوصاً علم النفس والطب النفسي. هذا الواقع يقتضي إعادة نظر منهجية في دور المعالج النفسي في حالات الحرب، خصوصاً وأن هذا الدور يطرح إشكاليات أخلاقية بالغة التعقيد في حالة الحرب الأهلية. وفي غياب تحديد المعايير الأخلاقية لهذا الدور، يبقى الطبيب النفسي أمام مسؤولية أخلاقية تتمثل بتقديم العلاج لضحايا الحرب والمصدومين بسببها.

١ - أهمية دراسة عصاب الحرب

يشهد العالم المعاصر إعادة نظر شاملة في جغرافيته السياسية مما ينعكس في عالمنا العربي تهديداً للعديد من البراكين الخاملة بالانفجار مجدداً. ومراجعة خاطلة العالم العربي، نلاحظ أن الحروب الأهلية والعربية - العربية تهدد معظم أرجائه. كذلك نلاحظ تنامي احتمالات تفجر الصراعات مع الدول الأخرى. كما نلاحظ، في المقابل، غياباً يكاد يكون كلياً للأبحاث العربية في ميدان علم نفس الحروب والكوارث، في حين تطورت الدراسات الأجنبية في هذا الميدان وصولاً إلى قيام جمعيات نفسية عالمية وإلى صدور دوريات علمية متخصصة في نشر هذه الأبحاث ومنها مجلة الشدة الصدمية *Journal of traumatic stress*. فإذا ما راجعنا أعداد هذه المجلة، لا نجد فيها بحثاً عن المعاناة الصدمية للعرب، بالرغم من غنى واقعنا الكارثي بالصدمات والمصدومين.

٢ - تعريف العُصاب الصدمي - عُصاب الكارثة

العصاب الصدمي أو الصدمة النفسية أو اضطراب الشدة عقب الصدمة، هي تسميات مختلفة لمجموعة المظاهر النفسية والجسدية التي تظهر لدى الفرد عقب إحساسه بتهديد مباشر لحياته، هذا التهديد الذي يُشكّل كارثة فردية بالنسبة إلى الشخص موضوع التهديد. لذا نفضل الحديث عن عصاب الكارثة ونقترح له التصنيف التالي:

أ - الكارثة التي تأتي من تهديد خارجي مفاجيء ومكثف وغير ممكن تجنبه، بحيث أنها تهدد التكامل النفسي - الجسدي للشخص. مثل هذه الكارثة نجدها في حالات الحروب وأحداثها الدرامية. كما نجدها في حالات الكوارث الطبيعية (مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير والأوبئة... إلخ). من هنا تقسم هذه الفئة من الكوارث إلى مجموعتين: (١) الكوارث الاصطناعية، (٢) الكوارث الطبيعية.

ب - الكارثة التي تأتي من الداخل (داخل الجسم) بشكل خفي وبطيء، فتؤدي إلى تهديد الجسم وتهديد الحياة. في هذه الفئة نصف الكوارث الناجمة عن أمراض جسدية خطيرة ومهددة للحياة، كما نصف فيها حالات الوسواس المرضية حيث يكون التهديد وهمياً.

ج - الكارثة التي تكمن على صعيد العلاقات الشخصية للفرد، حيث يؤدي اضطراب هذه العلاقات إلى وضع كارثي أصعب من الموت (بالنسبة إلى الشخص) فتراه مجال الانتحار واضعاً إرادياً نهايةً لحياته. في هذه الفئة، تدرج الكوارث المعنوية بما فيها تجارب فقدان الأعداء والتهاوي بالأموات.

د - الكارثة التي تهدد التكامل العقلي للشخص (الخوف من أن يصبح مجنوناً) سواء أكان هذا التهديد حقيقياً كما هي الحال لدى المرضى العقليين، أم كان وهمياً كما هي الحال لدى الممانين من الوسواس المرضية.

٣ - بين القلق والصدمة

يُشكّل الخوف من الموت أكثر أشكال القلق تطوراً، وبالتالي فإن الشعور بتهديد الحياة هو أكثر مولدات القلق حدة. من هنا كان من الطبيعي تصنيف العصاب الصدمي في خانة اضطرابات القلق. لكن هذا التصنيف كان مصدراً للإرباك لفرويد^(١)، حيث ينجم العصاب الصدمي عن كارثة حديثة العهد (راهنه)، الأمر الذي يتعارض مع النظرية التحليلية القائلة بأن جذور العصاب تعود إلى صدمات عائدة إلى عهد الطفولة. لذلك رأينا فرويد يتكلم عن صدمة الولادة ويعتبرها أولى تجارب القلق في حياة الفرد. ثم جاء تلميذه أوتورانك ليشدد على أهمية صدمة الولادة ويعتبرها النموذج الذي تنسج على غراره تجارب القلق اللاحقة^(٢). لكن الوقائع العيادية أجبرت فرويد وأتباعه على تغيير موقفهم ودفعته بفرويد إلى إفراغ خانة خاصة للأعصاب التي أسماها بالراهنه. فإذا ما تبعتها أفعال فرويد، وجدنا أنه لم يميز مجموعة الأعصاب الراهنه دفعة واحدة، بل إن هذا التمييز أتى تدريجياً مما يعكس الإرباك الذي سببته هذه الأعصاب لواقع النظرية التحليلية. فقد بدأ حديث فرويد عن الأعصاب الراهنه في العام ١٨٨٤. وفي حينه، أدرج فيها الاضطرابات الجنسية - الفيزيولوجية. ثم عاد فأدرج فيها كل من النوراستانيا (الوهن النفسي) وعصاب القلق، حتى العام ١٩١٤ حين تم إدراج عصاب الوسواس المرضية (المراق) كناتل الأعصاب الراهنه. في ذلك يقول فرويد: «أجد نفسي مدفوعاً لتصنيف وسواس المرض إلى جانب النوراستانيا وعصاب القلق كناتل الأعصاب الراهنه». لكن فرويد ما لبث أن أدرج العصاب الصدمي كراعي الأعصاب الراهنه، وكان ذلك قبيل وفاته.

إن المراجعة الموضوعية لأدب التحليل النفسي المتعلق بالأعصاب الراهنه، يدفعنا إلى القول إن سحابة من الغموض ومن انعدام الدقة تغطي على هذا الأدب. فعصاب القلق، في مفهومه التحليلي، ليس إلا شكلاً من أشكال النوراستانيا. أما عصاب الوسواس المرضية فهو مزيج من تطور الأعراض الجسدية للنوراستانيا مع أحد أشكال العصاب الصدمي. فإذا ما راجعنا الفئات الأربع للكوارث،

(١) مارتى، يار ومشاركره، إسكوسوماتيك المستيريا والوسواس المرضية، سلسلة كتب الثقافة النفسية، بيروت، دار النبعة العربية، ١٩٩٠.

Rank, O.: *Le traumatisme de la naissance*, Paris, P.U.F.

(٢)

لوجدنا أن هذه الفئات هي الأكثر موضوعية بالمقارنة مع تصنيف الأعصاب الراحنة المطروح من قبل المحللين. بهذا نصل إلى القاعدة العيادية القائلة إن الكارثة هي أهم مولدات القلق وأعنفها بحيث تترافق الصدمة الناتجة عن الكارثة، مع أكثر نوبات القلق حدة سواء على الصعيد النفسي أو الجسدي.

٤ - تطور مفهوم الصدمة

يذكر هيرودوتس قصة المحارب الأثيني الذي أصيب بالعمى نتيجة مجابهته لعدو ضخّم الجثة. هذه القصة هي في الواقع أولى الحالات المدوّنة حول حالة «العمى الهستيرى». لكن الطابع الأدبي لهذه القصة يفقدها قيمتها الأبيستمولوجية.

بعد هذه القصة، يقفز الباحثون إلى العام ١٨٨٤ حين أطلق العالم أوبنهايم مصطلح العصاب الصدمي. لكننا لا نوافق على هذه القفزة التي تتجاهل تطور مفهوم الصدمة عبر آلاف السنين. فقد كان للحضارة العربية مساهمتها في تطور هذا المفهوم، هذه المساهمة التي نرفض تجاهلها بسبب قيمتها الموضوعية. ولعل أبرز وجوه هذه المساهمة تلك التجربة التي أجراها ابن سينا^(١)، والتي تكلمنا عنها في الفصل السابع من هذا الكتاب.

إن هذه التجربة تعكس الفكر التجريبي لدى علمائنا كما أنها تركزس ابن سينا كأول دارس تجريبي لعصاب الصدمة ولانعكاساته النفسية - الجسدية (البيكوسوماتية) التي تبلغ حدود الموت تحت أثر الشدة.

نأتي الآن إلى دور أوبنهايم الذي أطلق في العام ١٨٨٤ تسمية العصاب الصدمي على وضعية الشعور بتهديد الحياة. كما قال له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب، من خلال دراسته لأنواره النفسية لدى مجموعة من الأشخاص الذين تعرضوا لحادثة قطار أرعبتهم إذ وضعتهم في مواجهة تهديد الحياة

من جهته، عارض شاركو^(٢) Charcot طروحات أوبنهايم معتبراً أن الأسباب النفسية التي يشير إليها أوبنهايم، هي شكل من أشكال الهستيريا أو الهستيريا - النوراستاتيا المتفجرة بسبب الصدمة. بهذه المعارضة، يكون شاركو قد طرح الإشكالية الأساس في مفهوم الصدمة وخلاصتها: «هل أعراض ما بعد الصدمة تعود إلى الشخصية الأساسية واضطرابات المتفجرة بمناسبة للصدمة، أم أن هذه الأعراض هي نتيجة فعلية للصدمة؟».

إننا، في الواقع، لا نملك حتى اليوم، الأجوبة الحاسمة على هذه الأسئلة. فلدى مراجعتنا للحالات الصدمية المنشورة، يمكننا أن نجد أعراضاً من نوع القلق والعياء والرهاب والعجز الجنسي وبعض العوارض المشتركة مع الحالات العصبائية (النفسية) Psychonevrose وغيرها من الأعراض التي تدفعنا إلى تحري اضطرابات الشخصية الأساسية (أي العلامات العصبائية في الشخصية قبل التعرض للصدمة)، وتدعونا إلى الجزم بكونها على علاقة باضطرابات الشخصية وعلاقتها العصبائية قبل

(١) النابلسي ومرحبا: «ابن سينا مؤسس البيكوسوماتيك». ورقة مقدمة إلى مؤتمر تاريخ العلوم عند العرب - جامعة حلب ومنشورة في مجلة الثقافة النفسية، العدد السادس ١٩٩١.

(٢) Charcot, J.M.: *Leçons sur l'hystérie virile*, Paris, éd. Sycomore, 1984.

الصدمة. لكننا نلاحظ، في المقابل، أن هذه الأعراض نجد تفسيرها، في بعض الحالات، من خلال ظروف الكارثة ووضعية الصدمة المرافقة لها. كما يمكننا أن تعود إلى الإجماع أو التقليد أو إلى نقطة الاستدعاء العضوية (كما في حالة المصابين إصابة جسمية أثناء الكارثة) أو إلى معنى رمزي يمكنه مساعدة المصدوم على مواجهة الكارثة.

عند هذا الحد، لا بد لنا من مناقشة موضوع اضطرابات النوم التي تلازم وضعيات الصدمة والتي يمكنها أن تكون منطلقاً لظهور الأعراض الذهانية العابرة وليس فقط الأعراض العصبية. صحيح أننا ما زلنا عاجزين عن التحديد الدقيق لفيزيولوجية هذه الاضطرابات، لكننا نملك البراهين على أثرها وتأثيرها بالمعيشة النفسية عامة. بل إننا نملك البراهين على تأثير الأوضاع الصدمية سلباً على إفراز المادة الدماغية المحدثة للنوم الطبيعي. لكن هذه المعطيات لا تقدم الأجوبة على الأسئلة المطروحة أعلاه، بل إنها تزيد الإشكالية تعقيداً بإدخالها بُعداً جديداً لها^(١).

٥ - عَصَابُ الْحَرْبِ

الحرب هي كارثة من أقصى الكوارث المتكررة منذ وجد الإنسان والمرتبطة مباشرة بالموت. هذه الكارثة تمتاز بكونها تخلف محيطاً مهدداً بالموت، بحيث يطال هذا التهديد أعداداً كبيرة من البشر ويتراق مع فقدان الأجزاء من أهل أو أقارب أو أصدقاء. بل إن هنالك شعوراً عاماً متنامياً مفاده أن الحرب تهدد البشرية جمعاء، لدرجة بناء ملاجئ للحرب النووية وغير ذلك من ممارسات الرهاب من الحرب.

لكن نظرة موضوعية مرفقة بمراجعة إحصائية، تبين لنا أن ضحايا الحروب عبر التاريخ كانوا قلة بالمقارنة مع أعداد ضحايا الأوبئة مثل الطاعون والسل والتيفوئيد والإيدز، مما يدفعنا إلى طرح السؤال عن أسباب تركيز الاهتمام على عصاب الحرب حتى بات هذا العصاب من أولويات دماري الكوارث. إن هذه الأسباب كثيرة نختمرها على النحو الآتي:

أ - في حالة الحرب، تكون الكارثة اصطلاحية إذ يوجد عدو مهدد للحياة ومعروف بشكل واضح، على عكس العدو الرمزي الموجود في حالات الأوبئة وغيرها من الكوارث الطبيعية، بحيث يتم توجيه مشاعر الغضب والرغبات الانتقامية باتجاه العدو المعروف، الأمر الذي يعطي لهذه المشاعر والرغبات طابع الاستمرارية ويزيد في صدى المعاناة، بما في ذلك ارتفاع نسب ظهور آلية التهاوي (التوحد) بالمعتدي.

ب - إن كارثة الوفاء هي أكثر استدعاء للتثبيتات Fixations من كارثة الحرب، إذ إن الأولى غير ممكنة التجنب بصورة جذرية، في حين أن هذا التجنب ممكن في حالات الحرب عن طريق الهجرة مثلاً.

ج - بالنسبة إلى «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة» فإنه يكون أكثر حدة لدى الناجين من الحروب منه لدى الناجين من الأوبئة. فالإصابة بالوباء هي قدر تتحكم به الموارثيات، وبالتالي فإنه لا

DSM III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, A.P.A. - 1987.

(١)

يستدعي مشاعر الذنب بقدر ما تستدعيها ظروف الحرب حيث الضحايا هم ضحايا لعدو معروف ومشارك.

د- إن ردود الفعل الهستيرية تكون أكثر حدة وعمومية في كارثة الوياء حيث يحس المصابون بأن لا حول لهم ولا قوة في مقاومة عدوان الكارثة. من هنا لجؤهم إلى المظاهرات الهستيرية يفرجون من خلالها قلقهم المارم وعجزهم، في حين ينهمك المتعرضون لكارثة الحرب بهما من نوع المقاومة والمواجهة ومحاولات تحطّي الأزمة، وصولاً إلى اللجوء للحيلة الدفاعية المسماة بالتهامي بالمعتدي وغير ذلك من الاهتمامات التي من شأنها أن تحدّ من عنف ردود فعلهم الهستيرية.

في نهاية هذه المقارنة، لا بد لنا من التنويه بأن الموت الشخصي هو أكبر الكوارث بالنسبة إلى الفرد. من هنا فإن عنف الصدمة يرتبط مباشرة بمدى جدية إحساس الضحية بالتهديد الفعلي والحقيقي لحياتها. فكلما كان هذه الإحساس أكثر حدة كلما تقاربت ردود فعل الضحايا بغض النظر عن الكارثة مصدر التهديد.

لكننا، وبعد هذه المقارنة، نعود لنطرح السؤال عن أسباب تركيز الاهتمام على عصاب الحرب، فنجد في طليعة هذه الأسباب أن عصاب الحرب ينتهي إلى ميدان علم النفس العسكري، وبالتالي فإنه يتمتع بدعم المؤسسات العسكرية ويستند إلى الخلفيات الوطنية المحلية لهذه المؤسسات.

كما نورد سبباً آخر، وهو الطليعة الميدانية لعصاب الحرب، إذ يلاحظ الباحث الانتشار الوياي لهذا العصاب في زمن الحرب مما يضعه أمام مسؤوليات تشخيصه وعلاجه. فلو عدنا إلى مطلع القرن الحالي، لوجدنا أن دراسات العصاب الصلبي كانت تقتصر على الصميد الفردي. ومع بداية الحرب العالمية الأولى، وجدنا الأطباء يواجهون انتشار مجموعة من الأوبة النفسية التي ما لبثوا أن أطلقوا عليها تسمية «عصاب الحرب». فعل الجبهة الألمانية، سجل الأطباء إصابة أعداد كبيرة من الجنود الألمان وبعض المدنيين بداء الارخاف الهستيري. هذا الذي يبدو في ظاهره وكأنه إصابة دماغية. لكن الأطباء سجلوا فشل كل أنواع العلاج (الموافرة في حينه) في تحقيق أي تحسّن في الحالات، في حين نجح العلاج النفسي في شفاء هذه الحالات. وهذا النجاح كان متطّلاً للعلاج النفسي الجماعي، ذلك أن الأعداد الكبيرة للمرضى لم تكن تسمح بعلاجهم بصورة فردية^(١).

هكذا كانت بدايات الاهتمام بعصاب الحرب، هذه البدايات التي تدعمت بعد الحرب الأولى من خلال علاج أسرى هذه الحرب. وجاءت الحرب العالمية الثانية لتضع الباحثين أمام أشكال جديدة لعصاب الحرب، فقد تراجعت ردود الفعل الهستيرية لدى المقاتلين لصالح ردود الفعل النفسية - الجسمية (البسيكوسوماتية)، إذ سجل الأطباء في كلا الجبهتين ارتفاع الإصابات بالقرحة، خاصة ارتفاع الضغط وغيرها من الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ. وهذا الانتقال من الهستيري إلى البسيكوسوماتي كان سبباً في إرباك المعالجين النفسيين، وهو طرح عليهم مجموعة من الأسئلة التي لم تجد إجاباتها لغاية وقتنا الحاضر. لكن طرح الأسئلة هو السبيل إلى المعرفة. من هنا فإن هذه الأسئلة قد ساهمت في دفع الباحثين إلى التعمق في ميادين البسيكوسوماتيك وفيزيولوجية القلق والعلاج الجماعي والشدة... الخ.

(١) انظر: Saada, D.: *Introduction à l'œuvre de P. Marty* (معارضة أقيمت في جامعة باريس السابعة، ١٩٧٨).

بعد الحرب العالمية الثانية، تحول اهتمام دارسي الكوارث نحو «إعادة تأهيل الأسرى»، خصوصاً الأسرى الخارجين من المعتقلات النازية، وقدمت هذه الدراسات إضافات هامة وأساسية لدراسة الوضعيات الكارثية في حالات الشدة ذات الدعومة. لكن هذه الدراسات ما لبثت أن انحرفت نحو الاستغلال السياسي بحيث ظهرت الآلاف منها وقد ابتعدت عن الموضوعية العلمية لتضخم معاناة اليهود من الأسر النازي. واستمر هذا الاستغلال لغاية نشوب حرب فيتنام التي استقطبت اهتمام الباحثين من خلال تطور ردود الفعل البيكوسوماتية لدى المقاتلين بحيث طغت الأمراض الانسدادية (انسداد الشرايين) على باقي المظاهر النفسية والنفسية - الجسمية، الأمر الذي طرح تساؤلات جديدة لم تزل حتى اليوم موضع بحث.

٦ - الحروب الأهلية

تتماز الحرب الأهلية عن الحرب بين الدول بمجموعة من الخصائص المميزة. في طليعة هذه الخصائص أن الحرب الأهلية هي انعكاس لانشطار اللاوعي الجماعي للمقاتلين عما يدفعهم إلى العمل على استبدال انتباههم الأساسي باتجاهات فرعية من خلال مشاركتهم في الصراعات الداخلية، التي يؤدي تطورها نحو العنف إلى اندلاع الحرب الأهلية.

وقد سبق أن طرحنا تشخيصاً تفريقياً للصراعات الأهلية، استناداً إلى مقارنة اللاوعي الجماعي باللاوعي الفردي^(١) وهذا التشخيص هو التالي:

أ - الكيانات المنفصمة (Schizoïde)، ب - الكيانات المنهارة (Depressive)، ج - الكيانات الهوسية (Manic)، د - الكيانات الهيستيرية (Hysteric)، أما عن بقية الخصائص، التي تميز عصاب الحرب الأهلية عن عصاب الحرب التقليدية، فإننا نختصرها بالنقاط التالية:

- يتركز عنف الحرب التقليدية على الجبهات وعلى أهداف استراتيجية محددة، في حين يمتد عنف الحرب الأهلية إلى الشوارع ويصل إلى مكان السكن أو العمل. من هنا فإن شدة الحرب الأهلية تهيمن على المدنيين والمقاتلين في آن معاً.

- تشهد الحرب الأهلية مساهمة المدنيين في القتال. هذه المساهمة تؤثر على الانتهاء الوطني بصورة سلبية، مما ينعكس بدوره على صعيد جهاز القيم إذ يتعرض لغزوات عديدة. كما أن مشاركة المدنيين تزيد من عشوائية الحرب ومن النتائج السلبية المترتبة على هذه العشوائية.

- تتصاحب الحرب الأهلية مع الفرز السكاني بحيث يضطر قسم من السكان (المهجرون) في كل منطقة إلى ترك أماكن سكنهم والاعتراب داخل وطنهم أو خارجه. عن هذا الاعتراب تنشأ معاناة فقدان تضاف إلى عصاب الحرب وتعقده.

- تُعجّر الحرب الأهلية وضعيات عظماءية (بارانويائية) متنوعة، في مقدمتها العداء الشخصي

(١) راجع الفقرة الحادية عشرة من الفصل الأول من هذا الكتاب: «السياسة وأخلاقيات الطب النفسي - رعاية ضحايا العنف»، وهي في الأصل ورقة مقدمة إلى المؤتمر العالمي الثالث لحل الصراع - الاتحاد العالمي للصحة النفسية، وهي منشورة في مجلة الثقافة النفسية العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.

الناجم عن شعور المدني (مقاتلاً كان أم غير مقاتل) بتهديد حياته من قبل أفراد عايشهم وتعامل معهم طيلة سنوات وربما كان قسم منهم من أصدقاء الأُس.

- تساهم الحرب الأهلية في تفكك المجتمع وانحلال عوامل توازنه. ففي حين تؤدي الحرب التقليدية إلى تلاحم أبناء البلد في مواجهة العدو، نجد أن الحرب الأهلية تترافق مع رغبة في تدمير استقرار المجتمع والقضاء على توازنه. ويتضخم اختلال التوازن هذا من خلال هجرة الأدمغة ورؤوس الأموال من تهديدات الحرب الأهلية التي لا تعرف مبدأ الالتزام بالحدود وبالجهات.

٧ - الحرب والشلل الاجتماعي

ذكرنا أن الحروب، وخاصة الأهلية منها، تترافق مع اختلال المعايير المكونة لجهاز القيم. هذا الاختلال يضاف إلى المعاناة الفردية (المنتشرة وبالأخص بين الأفراد لدرجة تشابهها في العديد من خطوطها العريضة) فيؤدي إلى شلل الفعلية الاجتماعية للأفراد، بحيث يعمّ قطاعات واسعة من الجمهور.

تفصيل ذلك أن الفرد يشعر بأنه مهدد في استمرارية حياته بسبب أجواء الحرب التي يعيشها (تهديد خارجي)، مما يؤدي إلى الانشطار بين أناه الذاتية وأناه الجسدية. بمعنى أنه يبدأ بالتفكير بموته الشخصي طارحاً السؤال المألوف في هذه الحالات عما سيحصل بذاتي (الأنا الذاتية) بعد موت جسدي؟ هذا الانشطار يعيق الشخص عن تبني مفهوم الجماعة (النحن) ويجعله يركز تفكيره في نطاق «الأنا» التي يهددها المجهول بعد انشطارها عن الجسد، مما يغذي الوسواس المرضية (المراق) التي تشهد انتشاراً عارماً أثناء الحروب والكوارث.

أمام هذه المواجهة الكارثية - الشخصية، يمكن للشخص أن يتخذ موقف الخضوع فيرجّعه عدايته نحو ذاته فتبدأ لديه حالة التكتّم Alexythymie التي تشجع ظهور الأعراض السيكيوسوماتية وتعقيدات المرضية، أو يوجّه عدايته نحو الخارج، وفي كلتا الحالتين يكون المجتمع (الذي يمثل القيم المشتركة) هو الخاسر، إذ إن الخاضع ينشغل في قلقه ويلتفت نحو ذاته فيعجز عن الخروج من نطاقها، أما المتمرّد فلأنه يساهم مباشرة في عملية هدم القيم المشتركة.

٨ - مفهوم الشدة ومتغيراته

يعود مصطلح الشدة Stress إلى العالم المجري هانز شيليبي^(١) الذي طرح مفهوم الشدة في أوائل الخمسينات وعرّفها على النحو التالي: الشدة هي ردة فعل غير محددة تظهرها الحيوانات عند تعرضها للإثارات غير المستحبة، مثل الألم والإنارة القوية المزعجة للنظر وغيرها من الإثارات المرهقة.

أ- الانعكاسات العضوية للشدة: يلاحظ شيليبي أن إرهاب الشدة ينعكس على الصعيد العضوي بالمظاهر التالية: تضخم القشرة الكظرية ونزيف غشاء المعدة وانحطاط وتراجع الأنسجة الليمفاوية والغدة الصعترية (المسؤولتين عن جهاز المناعة).

ب - عوامل الشدة: ويقسمها شيليبي إلى ثلاث مجموعات هي:

Selye, H: *The stress of life*, London, Freen and Co., 1957.

(١)

١) عوامل الضغط النفسي - الجسدي (مثل الأصوات المزعجة والإصابات والجروح والحوادث والألام الجسدية... إلخ).

٢) عوامل الضغط النفسي (مثل القلق والانهك والمخاوف والتعرض للأخطار والوحدة والإرهاق الفكري... إلخ).

٣) عوامل الضغط الاجتماعي (مثل الصراعات المهنية والظروف الحياتية المعيشية الصعبة والخلافات العائلية وصعوبات العلاقات الاجتماعية والشخصية والمهنية... إلخ).

ج) - مراحل تطور آثار الشدة: يقسم شيلي انعكاسات الشدة إلى ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى: وتتمثل بردة فعل هي بمنزلة الإنذار، وتتجلى بتحريك الجسم لقدراته من أجل التصدي لعوامل الشدة.

- المرحلة الثانية: وتعب سابقتها في حال استمرار تأثير عوامل الشدة، وهي تقتضي تعبئة قدرات الجسد كافة لمواجهة هذه العوامل.

- المرحلة الثالثة: وتسمى بمرحلة الاستنفاد، وتتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع العوامل الشديدة، مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل أو حتى عن إعطاء الأجوبة على هذه الثغرات. وفي حال استمرارها، يمكن لهذه المرحلة أن تقضي إلى الموت.

وكان شيلي قد أطلق مصطلح «تناذر التكيف» على مجمل ردود الفعل، بمراحلها الثلاث، أمام الشدة.

أمراض الحرب - نماذج عيادية

إن الحديث عن أمراض الحرب النفسية يستتبع الحديث عن اضطرابات النفسية - الجسمية (البسيكوسوماتية) بحيث يتشعب الموضوع ويتداخل مع دراسات الشدة والكوارث والأنماط البسيكوسوماتية وغيرها. من هنا لجوؤنا إلى التركيز على بعض الحالات العيادية التي تشكل إطاراً نموذجياً لدراسة المظاهر النفسية والجسدية المنفردة عن عصاب الحرب، مع تحديد دور البنية الأساسية للشخصية في تشجيع هذه المظاهر وترسيخها في هيكليات عُصابية مغطاة كانت أم غير مغطاة.

١ - أمراض الحرب - النموذج اللبناني

تميّزت الحرب اللبنانية بمدتها الطويلة وبتغيرات عميقة في منطلقاتها إذ تراوحت بين القومية والطاقات لتتحول إلى مذهبية، ومنها إلى الصراع داخل المذهب الواحد وصولاً إلى ارتدائها نوب الحرب الاقتصادية. مع ذلك لاحظنا أن لبندية الحرب الأهلية اللبنانية مرونة وقدرة على التكيف مع مختلف هذه المنطلقات.

إن متابعتنا لهذه الوقائع بمراحلها المتوزعة على سبعة عشر عاماً، أجبرتنا على اعتناء رؤية عيادية خاصة لتصنيف أمراض الحرب. هذه الرؤية فرضها علينا مرضى يطلبون العلاج كما فرضتها علينا

ضرورة إرساء مبادئ وقائية للمتعرضين لضغوطات هذه الحرب من هنا يمكننا تصنيف أمراض الحرب على النحو التالي:

أ - أمراض ناجمة عن الظروف المعيشية (اجتماعية - اقتصادية بما فيها انخيار البنى التحتية وتدني مستوى الرعاية الصحية). في هذا الإطار، تدخل أمراض مثل الجرب وغيره من الأمراض المعدية والأوبئة والأمراض الناجمة عن تلوث المياه، دون أن ننسى دور هذه الظروف كمعامل شديدة من الدرجة الأولى.

ب - الأمراض الناجمة عن المواجهة المباشرة لشدائد الحرب (القصف، السيارات المفخخة، الاعتقال وغيرها من الشدائد).

ج - الأمراض الناجمة عن خلل أساسي في التوازن النفسي - الجسدي للشخص، هذا الخلل الذي جاءت شدائد الحرب لتكون مناسبة لتفجيره وإعادة إحيائه وربما تعميقه وتعميقه.

د - الأمراض الناجمة عن مواجهة الشدائد والتي تتدعم من خلال ارتباطها بتجارب كارثية سابقة.

هـ - الأمراض الناجمة عن استمرارية معاشة الشدائد.

من هذه الفئات الخمس، انتقينا اضطرابات معينة وفق المعايير التالية:

- الاضطرابات الأكثر انتشاراً أو التي تتوقع ارتفاع نسب الإصابة بها وفقاً لتجارب الدراسات السابقة في علم نفس الحروب والكوارث.

- الاضطرابات التي تشكل تهديداً مباشراً للتكامل الجسدي أو العقلي وإن لم تكن بعد واسعة الانتشار.

- الاضطرابات التي تشكل طوارئ طبية من الدرجة الأولى.

٢ - المراق (الوساوس المرضية)

تشهد هذه الوساوس انتشاراً واسعاً في مجتمعات الحروب (٣٢٪ من مجمل زوار عيادتنا أثناء الحرب). وهي تصدر واجهة الشكاوى العيادية في هذه المجتمعات مما يجعلها في مقدمة المواجهات العيادية للمعالجين العاملين في هذه المجتمعات. في عودة إلى العيادة اللبنانية، نلاحظ أن لهذه الوساوس خاصيتها التي تميزها والتي كان من شأنها إرباك المعالجين وإجبارهم على تبني رؤية دينامية في ما يتعلق بهذا الاضطراب. وقد تم هذا التبني بعد فشل مبدأ اللجوء إلى الجرعات الدوائية الأكبر أو إلى الأدوية الأقوى تأثيراً. هذا وتلخص رؤيتنا الدينامية إلى هذا الاضطراب بالنقاط التالية:

١ - هيكلية الاضطراب: إن فهم هيكلية الاضطراب هو شرط أساسي لفهم معاناة المريض وللمشاركة الإيجابية في دعمه وعلاجه. هذا الفهم قد يتعرقل بسبب العلامات العصابية التي تصاحب الاضطراب عادة، مما يطرح أزمة تشخيصية يمكن تجنبها، في حالة الوساوس المرضية، عن طريق تحري العوامل التالية:

- تحريّ وضعية الكارثة: ونقصد بها تحديد الوضعية التي جعلت المريض يحسّ بأن حياته مهددة وبأنه مقبل على الموت هنا والآن، مما يستوجب سؤال المريض عن تاريخ ظهور أولى بوادر الوسواس، ومن ثم تعقب علاقة هذا الظهور بوضعية الكارثة، خصوصاً في حال ملاحظتنا لتنازع الخوف من الموت بالخوف من الجنون، لأن هذا التنازع يؤكد لنا وجود صدمة نفسية مسؤولة عن ظهور الوسواس، حتى لو أنكرها المريض أو حاول التقليل من شأنها. هذا دون إهمال إمكانية تعرّض المريض لصددمات متكررة، قد يكون بعضها قديم العهد.

- تحريّ حالات المرض النفسي: يمكن لهذه الحالات أن تظهر بشكل يشبه النوراستانيا أو بشكل هيسيري. وفي كلتا الحالتين قد تكون أساساً لظهور الوسواس المرضية. ويشبه العالم سوندي ذلك بالجدول الذي تظهر مياحه إلى السطح (على شكل نوراستانيا بأنواعها) ثم تعود جوفية وتظهر في مكان آخر (على شكل وسواس مرضية). في هذا السياق، من الطبيعي أن يكون للعوامل الشدية، خصوصاً الصدمة، دور في عودة هذه المظاهر.

- التفريق بين العلامات الأساسية والعلامات الراهنة: إن علامات الصدمة هي علامات ناجمة عن حدث حياتي معين (هو الحدث الصلبي). وهي لم تكن لتظهر لولا هذا الحدث، ومن هنا تسميتها بالراهنة. لكن الحدث الصلبي يمكنه أن يعيد إحياء علامات عُصائية كاتمة (ربما تعود إلى عهد الطفولة)، وهذه العلامات هي المقصودة بتسمية الأساسية. لذا اقتضى التفريق بين هذين النوعين من العلامات تحجّياً لمازق تشخيص الحالة كعصاب أساسي (خصوصاً هيسيري) وإهمال المظاهر والعلامات الراهنة. فعتها يؤدي خطأ التشخيص إلى خطأ العلاج.

٢ - الخلفية النفسية للوسواس المرضية: هنا يطرح السؤال لماذا يصاب البعض بهذه الوسواس في حين ينجو منها آخرون تعرضوا للأحداث والاضغوطات نفسها؟

إن الجواب على هذا السؤال يحتاج إلى مناقشة نظرية متعمقة، لذا نخصر تعليلنا لهذه الإصابات بعرض العوامل المشجعة لظهورها وهي: خلفية نفسية (أو بنية نفسية - جسمية أساسية) من نوع النوراستانيا و/أو خلفية نفسية ذات علامات عظمية (بارانوياتية) و/أو وجود عوامل جسمية، عضوية أو وظيفية، مثل ضمور الغدة الجنب درقية واضطرابات إفراز المبيض وانخفاض نسبة الكلس أو زيادة نسبة الماغنيزيوم واضطراب التوازن القلوي الحامضي... إلخ.

٣ - علاج الوسواس المرضية: يستند هذا العلاج إلى الخطوات التالية:

أ - تفهم المريض: يعاني هذا المريض من إحساسه بمعجزه عن وصف معاناته للأطباء مما يستتبع اعتقاده بأن أحداً منهم لم يستوعب حالته على حقيقتها. من هنا أهمية إقناع المريض بقدرة العلاج على الفهم الدقيق لحالته.

ب - التفريق بين العلامات الأساسية والراهنة: فالعلامات الأساسية قد تحجب اهتمام المعالج وهي تستجيب عادة للعلاج الدوائي (مضادات القلق والانهيار). هذا العلاج يؤثر مؤقتاً على العلامات الراهنة التي لا تلبث أن تعاود الظهور مشجعة عودة ظهور العلامات الأساسية.

ج - تفريغ الحزن غير المستنفذ: بعد تحديد الحدث، أو العلامات المؤدية إلى ظهور الوسواس، تبدأ

عملية تفريغ الحزن غير المستند، سواء عن طريق التطهير (علاج يتكئ على بعض مبادئ التحليل)، أو عن طريق إزالة التحسس (علاج سلوكي)، أو غير ذلك من وسائل العلاج النفسي لشل هذه الحالات، مع التشديد على الآثار الإيجابية والداعمة لهذه العلاجات.

٣ - الذهانات العابرة

في حالات الصدمة العنيفة، يحسّ المصدوم بأن تهديد الموت هو تهديد صاعق ومباشر وغير ممكن تجنبه. أمام هذا الإحساس، تحدث حالة من استنفار القوى الذهنية التي تبدى بوضوح على صعيد الذاكرة، ويزداد التعرض للصدمة مع حالة تضخم الذاكرة *Hypermnésie*. بعد النجاة من الصدمة، يتحول هذا التضخم إلى فقدان ذاكرة (جزئي يظل ظروف الحادث، أو كلي في حالات نادرة). هذا الاضطراب التذكري هو في الواقع انعكاس لاضطراب عام في القوى الإدراكية - المعرفة ويتجلى أحياناً بمظاهر ذهانية، مما يقض للمعالج أما إشكالية تشخيصية معقدة، خلاصتها كيفية التمييز بين الذهان العابر وبين الذهانات التقليدية التي تكون كاملة لغاية تفجرها بسبب الصدمة، خصوصاً وأن علاج هذه الحالات يرتبط مباشرة بتشخيصها. لذلك رأينا من المفيد أن نعرض هنا لتجربتنا في مجتمع الحرب اللبنانية المتعلقة بهذه الحالات.

أولى الملاحظات التي سجلناها في ما يخص حالات الذهان *psychoses* العابر هو أن مظاهره موزعة على الفئتين التاليين:

أ - الأعراض الذهانية الهامشية: لدينا من الدراسات الشخصية المؤثقة ما يثبت أن غالبية المظاهر العيادية للمرافقة لحالات الذهان العابر (عقب التعرض لشدائد الحرب اللبنانية) لم تخرج عن نطاق الأعراض الذهانية الهامشية، وهي أعراض ذهانية (عقلية) بالمعنى العريض للكلمة. من أهم هذه الأعراض نذكر انعدام الاستيعاب *Derealisation* وتفكك الشخصية *Depersonalisation*.

هنا لا بد من التأكيد على أن هذه الأعراض يمكنها أن تدعم تشخيص الذهان، لكنها تحجب المعالج على التفكير في تفسيرات دينامية لها عندما تكون عابرة. فإذا عدنا إلى الحالات الذهانية العابرة التي عايناهم في مجتمع الحرب، فلننا نجد أن التفسير الدينامي الأشمل والأدق هو الذي يربط بين النكوص *Régession* (الناجم عن تضخم الذاكرة في هذه الحالات والذي يمكنه أن يدعم في حال الشخصية التي تملك قدرة مميزة على النكوص) وبين هذه المظاهر الذهانية.

ب - الأعراض الذهانية البحتة: وتحتلها الهلوسات التي تشكل العلائم الذهانية العظمى. وهي عوارض نادرة في حالات الذهان العابر، إذا ما وجدت، تكون على علاقة بظروف الكارثة. مثال ذلك أن المحارب، المصاب بالذهان العابر، يظهر هلوسات سمعية وينظم هذياناته على أساس ما جرى له أثناء الكارثة. فهو قد يسمع أوامر قائده أو صراخ رفاقه أو اتهامات موجهة لشخصه تنهمج بالجن والتخاؤل... إلخ. وهذه المظاهر البحتة تقبل بدورها التفسير الدينامي الذي طرحناه لسابقها، أي أنه من الممكن مقارنتها بحالات النكوص - التثبيت، الأمر الذي يدفعنا إلى اقتراح تعديل التصنيف الأميريكي للاضطرابات النفسية الذي يتجاهل دلالات الفترات الذهانية العابرة^(١).

(١) راجع الفصل السابع من هذا الكتاب.

أما عن العلاج الذي نقترحه لهذه الحالات فهو عبارة عن دورات التنويم (تنويم المريض لمدة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين)، لأن هذا العلاج نتائج على أكثر من صعيد، إذ تمثل بحد ذاتها علاجاً للمظاهر الانهيارية وتُجنب المريض احتمال فقدانه لتوازنه العقلي وهو احتمال كارثي بحد ذاته. كما يتيح هذا العلاج الفرصة للمريض كي يعقل الكارثة مما يحميه من الانعكاسات النفسية والبيكوسوماتية، القريبة والبعيدة الأمد، لهذه الكارثة.

٤ - الاضطرابات البيكوسوماتية

عندما تكرر الظواهر، نعجز عن ردها إلى مبدأ المصادفة ونجد أنفسنا منساقين وراء دراسة هذه الظواهر وأسباب تكرارها. هذا ما يحدث تماماً في عيادة الحرب حيث نلاحظ تنامياً كبيراً في نسب الإصابة بالاضطرابات والأمراض النفسية (البيكوسوماتية) حتى يبدو تجاهل هذه الزيادة نوعاً من السذاجة، خصوصاً عندما نقرأ هذه الزيادة وتكرارها في جميع أدبيات علم نفس الحروب والكوارث. مع ذلك، وبالرغم من المعطيات الموثوقة التي تملكها في هذا المجال، فإننا سنكتفي بمجرد عرض هذه الظواهر، وبذلك نتجنب الإطالة كما نتجنب الإغراق في الجدل النظري.

أ- الموجات الويائية: هنالك عوامل عديدة تدعم انتشار هذه الموجات في مجتمع الحرب. في طبيعة هذه العوامل يأتي ضعف المناعة الذي يصاحب التعرض لشدائد الحرب. كما نذكر في هذا المجال اضطرابات السلوك الصحي بتأثير الشدة، وهي اضطرابات تتراوح بين إهمال القواعد الصحية الأساسية وبين اللجوء إلى الإكثار من المسكنات بحثاً عن دعمها في مواجهة الشدة.

بهذا يمكننا تفسير الموجات الويائية (الكلب، التيفوئيد، الكوليرا، الجرب... إلخ) التي اجتاحت لبنان خلال فترات حرية الأهلية.

ب- الأمراض الانسدادية: وهي الأمراض الناتجة عن انسداد شريان أو أكثر بحيث يؤدي ذلك إلى موت المنطقة التي تتغذى بالدم الوارد إليها عن طريق هذا الشريان. من هذه الأمراض، نذكر خصوصاً الذبحة والاحتشاء القلبي والسكتة الدماغية وجلطة الأطراف، هذه الأمراض التي ازدادت بنسبة ٨: ١ (٥١) في مجتمع الحرب اللبنانية^(١). كما تستوقفنا في العيادة اللبنانية واقعة انخفاض متوسط عمر المصاب بسبب انتشار هذه الإصابات لدى شباب بعضهم دون العشرين. أما عن آلية تفسير العلاقة بين شدائد الحرب وهذه الزيادة فإن الأطباء يعترفون اليوم بالشدة stress كعامل من عوامل خطر الإصابة بالأمراض الانسدادية. كما أن شدائد الحرب تشجع المتعرضين لها على اعتماد النمط السلوكي المؤدي إلى الإصابة بهذه الأمراض^(٢).

ج- القرحة: تؤكد الدراسات الطبية على كون الشدة واحداً من أهم عوامل خطر الإصابة بالقرحة، كما تذكر أدبيات علم نفس الحروب ازدياد الإصابة بالقرحة خلال الحرب العالمية الثانية.

(٥) أي أن نسبة الأمراض زادت أثناء الحرب اللبنانية فثابت أن ضعف ما كانت عليه قبل الحرب.

(١) محمد أحمد النابلسي: الأمراض النفسية وعلاجها - دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، بيروت، المنشورات الجامعية، ط ١، ١٩٨٥، و ط ٣، ١٩٩٤.

(٢) محمد أحمد النابلسي: أمراض القلب النفسية، بيروت، الرسالة - الإيمان، ١٩٨٩.

فعل الجبهة الانجليزية، بلغت هذه الزيادة نسبة ٤ : ١. أما على الجبهة الألمانية، فقد اضطرت الألمان لإنشاء غييات خاصة لعلاج الجنود المروحين. إلى هذه المعطيات، نصيف ملاحظتين سجلناهما في مجتمع الحرب اللبانية^(١):

(١) ظهور قرحة المعدة لدى الأطفال دون السن المدرسي.

(٢) زيادة ملفنة في الإصابة بقرحة الأمعاء أو مرض كراون.

د- عثرة القلب: إن انعكاسات الشدة على الصعيد الجسدي لا تقتصر على ردود الفعل الفيزيولوجية المباشرة أو على الأمراض العضوية المستقرة مع مرور الزمن، بل إن بعض هذه الانعكاسات يمكنها أن تكون عضوية ومباشرة ومهددة للحياة. كمثال على ذلك، الإصابة بعثرة القلب Extrasyst مباشرة بعد التعرض للمصدمة.

[أحدى هذه الحالات لمرضى في الخمسين من عمره كان يتنظر دوره من أجل مراجعة دورية لطبيب القلب، عندما دوى انفجار سيارة مفخخة لحظة بداية فحصه. وتزامنت بداية التخطيط القلبي مع وصول سيارات الاسعاف والضجة المصاحبة لوصول ضحايا الانفجار. عندما لاحظ الطبيب ظهور عثرة القلب على التخطيط بعد أن كانت بدايته طبيعية، ولكنها سريعة النبض بالمقارنة مع الفحوصات السابقة.

بعد هذه الواقعة، أرفقنا العلاج عن طريق إزالة التحسس (حيث كان يجري إسعاف المريض لأصوات الانفجارات والمعارك مسجلة على كاسيت) بتخطيط القلب، فلاحظنا أن مجرد سماع هذه الأصوات كان كافياً لظهور عثرات القلب على التخطيط لدى ٨٪ من المتعالجين، الأمر الذي اضطرننا لاعتماد وسائل أخرى في علاجهم.

هـ- قصور المناعة: تتكرر الملاحظات حول العلاقة بين شدة الحرب وبين قصور الجهاز المناعي لدى الأشخاص المتعرضين لهذه الشدائد. لكن هذه الملاحظات لم تتحول نحو الدراسات العلمية المنهجية إلا مع بداية الستينات، عندما نشر فيشر وكلوثر بحثهما المشترك حول الإصابة بالهرم المبكر لدى بعض الناجين من شدائد الاعتقال إبان الحرب العالمية الثانية^(٢). في حينه، قصر الباحثان اهتمامهما بالهرم المبكر، لكنهما اضطرا لتقديم الوصف التقليدي للآليات والعمليات الداخلة في مجال المناعة النفسية وإن جاء هذا الوصف في سياق الحديث عن الهرم المبكر. ثم توالت الدراسات المتعلقة بالمناعة النفسية حتى تكاد تشكل حقلاً منفرداً للبحث، خصوصاً بعد تمحور الدراسات حول العلاقة بين الحالات الانهيارية وبين الجهاز المناعي^(٣). من هذا المنطلق، عمدنا إلى مقارنة موضوع قصور المناعة كوجه من وجه اختلال التوازن النفسي - الجسدي لدى ضحايا الحرب. فاستناداً إلى العلاقة بين القدرة على مواجهة الشدائد وبين الاستجابات المناعية الضعيفة تجاه اللقاح وأيضاً استناداً إلى دراسات

(١) محمد أحمد التابلي: القرحة وعلاجها النفسي، بيروت، الرسالة - الإيماز، ١٩٩٣.

(٢) Fichez, C.F. et Clotz, A: *La Sénescence prématurée et ses traitements*, Vienne, op. cit.

(٣) Moussong, E.K et Al: «Psychoimmunology», in *Congres International de Neuro Psychiatrie*, Pula, 1989.

سابقة، قمنا بتطبيق اختبار قمع الديكسميتازون (D.T.S.) بهدف تشخيص حالات «الانحياز المفتح» حيث تتفتح المظاهر النفسية بفتح الاضطراب الجسدي الذي يعجز الأطباء العضويون عن إيجاد أي أساس عضوي له. من خلال هذه الدراسة، تبين لنا أن المصابين بهذا النوع من الانحياز، وكلهم متكتمون، هم الأكثر تعرضاً لقصور المناعة والأمراض المرتبطة بها (أمراض معدية، سرطانات، اضطرابات غددية... إلخ)، إذ كانت أجسامهم تعجز عن قمع الديكسميتازون. وهذا العجز كان في حالة هؤلاء، المعارض العضوي الموضوعي الوحيد الذي يمكن تسجيله.

٥ - تناذر السيارة المفخخة^(١)

إن تعددية المصطلحات المثيرة إلى الوضعية النفسية نفسها، باتت مربكة لاختصاصيين أنفسهم. ففي مجال علم الحروب والكوارث، يلاحظ الباحث هذه التعددية الناجمة عن أسلوب الوصف العشوائي لردود الفعل النفسية أمام الشدائد. وهذا الأسلوب يعمّر المظاهر النفسية ويفقدنا توابطها واحتلالات التبادل بينها وتطورها الدينامي المشترك. لذلك رأينا أن نعرض لهذه المظاهر من خلال مثال ذي دلالة مميزة وهو مواجهة صدمة انفجار سيارة مفخخة، هذه المواجهة التي أطلقنا عليها تسمية «تناذر السيارة المفخخة».

أ - استخدامات السيارة المخففة: لعل أولى العربات المفخخة هي تلك التي استهدف انفجارها نابليون. فإذا تتبعنا استخداماتها، لوجدناها تتراوح بين الاغتيال وبين الارهاب مع ما يعنيه هذا الاستخدام من تحدي قلرة السلطة القائمة على تأمين النظام والأمن ومن تقويض لدعائم هذه السلطة. على أن تحقيق هذه الأهداف لم ينحصر في السيارات المفخخة بل تعداها إلى العبوات النافسة والرسائل المفخخة وأحياناً إحداث انفجارات صوتية تعطي دويّ الانفجار دون التسبب بالأذى. في سياق حديثنا عن تناذر السيارة المفخخة، سنستبعد الانفجارات ذات الأهداف العسكرية كما سنستبعد الانفجارات التي لا تستهدف المدنيين لتركز على انفجار السيارة المفخخة، وهو الأقوى بالمقارنة مع انفجار العبوات النافسة التي تكون صغيرة عندما تستهدف المدنيين (يهدف تجنب لفت الأنظار إليها قبل انفجارها).

ب - الانفجار والتوازن النفسي: لكل حاسة من الحواس البشرية عتبتها الخاصة، بحيث تستطيع هذه الحاسة وعي المؤثرات ضمن حدودها.

حاسة السمع من جهتها تستطيع استقبال مؤثرات أقوى من تلك التي تستطيع باقي الحواس استقبالها. من هنا كان لحاسة السمع قدرتها المميزة على استثارة الجهاز العصبي. هذه القدرة التي تترجم تحريياً، لدى سماعنا للأصوات فالقة القوة بحدود الفعل التالية: (١) خفقان القلب، (٢) غرة التنفس، (٣) الشعور بالذوار، (٤) الشعور بالضغط على الرأس وصولاً إلى آلام الصداع، (٥) تشجيع الاستعداد النفسي للإكثار من المسميات ومن مواد الإمان.

ولهذه المظاهر تفسيرها البيولوجي، حيث تؤدي الشدة الناجمة عن صوت الانفجار، إلى تفتح

Naboulsi, M: «Le syndrome de la voiture piégée», conf. a P.G.S - Budapest, 1988.

(١)

وهي منشورة في كتاب الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث (سلسلة كتب الثقافة النفسية)، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

الغدة النخاعية مما يشجع إفراز الأدرينالين، المسؤول عن هذه المظاهر. ففي هذه الحالات، وتحت تأثير الأدرينالين، ينشط نبض القلب ويقوم الجسم بتحويل كميات إضافية من الدم إلى الدماغ والعضلات، مما يؤدي إلى توتر العضلات وخصوصاً عضلات الظهر والرقبة والكتفين، كما يصبح التنفس ضحلاً ومتعثراً بسبب الانفعال والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة. هذا وشُبه بعض الباحثين حالة الاستنفار العصبي، الذي يعقب سماع دوي الانفجار، بحالة الاستنفار الفيزيولوجي لدى وضع قطع من الثلج على ظهر الشخص بصورة مفاجئة. لكن حالة الاستنفار هذه تكون أكثر تطوراً وتعقيداً في حالة الانفجارات الكبيرة، وهذا ما سنلاحظه من خلال الفقرات التالية المخصصة لردود الفعل أمام انفجار السيارة المتفخخة.

ج - ردود الفعل الأولية: يمكننا تقسيم هذه الردود تقسيماً زمنياً على الرغم من تداخلها. ففي اللحظة الأولى بعد الانفجار، تظهر لدى المصدومين حالة من التخدير الحسي - العاطفي تعقبها فترة انعدام الاستيعاب لبداً بعدها المظاهر المستيرية وصولاً إلى القدرة على وعي ردود الفعل الجسدية المذكورة أعلاه. هذا التواتر يصفه معظم المتعرضين لصدمة وكأنه مرور في حالة من الجمود التام حركياً ونفسياً موازية للحالة التي يسميها منكوفسكي بالتخدير الحسي. وهم يعجزون عن تحديد مدة هذا الجمود، الذي يخرجون منه وهم عاجزون عن استيعاب ما جرى وخصوصاً لجهة التغيرات الناجمة عن الانفجار. بعد ذلك نجدهم يصفون ردود فعل نفسية - حركية مختلفة باختلاف الأشخاص وامتية إلى ميدان المستيريا، ومنها ينتقلون إلى وصف أحاسيسهم الجسدية.

د - ردود الفعل القريبة الأمد:

في الأيام التي تلي الانفجار، تتاح للباحث فرصة التقاء مجموعة أوسع من المتعرضين للصدمة بعد مرور أيام قليلة على حدوثها، الأمر الذي يسمح له بمعاينة ردود الفعل القريبة الأمد لهذه الكارثة على عينة أوسع من الضحايا. ونلاحظ ردود الفعل التالية:

- صعوبات التفكير المنطقي (صعوبات التعقيل): التي تكون عادة مناسبة لإعادة إحياء أو لتفجير أمراض جسدية كامنة، مثل نوبات الربو والقرحة وارتفاع الضغط والشقيقة [الصداع النصفي]... إلخ).

- مظاهر الارتباك، خصوصاً التردد والحيرة، التي تغذي الشعور بالدوار ومعاودة آلام الشقيقة.

- مظاهر القلق - الانهيار.

- قصور القدرة على المبادرة.

- إهمال على الصعيد المهني.

- اضطرابات النوم (مع أو بدون ظهور الكوابيس والأحلام المزعجة).

- استمرار بعض المظاهر المستيرية مع قابليتها للتحويل إلى عصاب رهابي - هستيري يتركز خصوصاً على الخوف من الانفجارات والأصوات العالية والمزعجة^(١).

(١) يلمارزي وشارتوك: مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته، بيروت، الرسالة - الإيمان، ١٩٨٩.

هذه العلامت تنعكس على السلوك العام حيث أن ذوي الانفجار يهرب أعداداً كبيرة من الناس حتى وإن لم يتعرضوا له بصورة مباشرة.

من مظاهر هذا السلوك العام تذكر:

- يتجنب الجمهور المنطقة التي حصل فيها الانفجار حتى تكاد تخلو من المتجولين لمدة أسبوعين عقب الانفجار كمعدل وسطي. وبما أن هذه الانفجارات تحدث عادة في الأماكن المكتظة، فإن بالإمكان ملاحظة الفارق الكبير في عدد رواد هذه الأماكن.

- في الأيام التالية للانفجار، يحاول السكان منع وقوف السيارات التي لا يعرفون أصحابها. - تزداد حساسية السائقين أمام ازدحام السير، مما يؤدي إلى ازدياد ملحوظ في استهلاك منبه السيارة ومشاكل السير وحتى حوادثه.

- تزداد الشكاوى المرضية - الوظيفية والمهستيرية في عيادات الطب العام.

هـ - رعد الفعل المتوسطة الأمد:

بعد مرور بضعة أسابيع على الانفجار، نلاحظ تراجع العديد من المظاهر المباشرة والقرينة الأمد. هذا التراجع يأتي نتيجة الجهود التي يبذلها الجهاز النفسي - الجسدي لتعجيل الكارثة وهضمها على الصعيد الفكري. لكن هذا التراجع لا يكون كاملاً، كما أنه لا يلغي القلق التوقعي الذي يظهر على السلوك الشخصي والعام بالمظاهر التالية:

- الشعور بعدم الأطمئنان: يؤدي بدوره إلى سلوك يقظة زائدة بهدف تجنب أخطار احتمالات حدوث انفجار آخر. هذا السلوك هو استمرار للخوف من الانفجارات.

- الشعور بالذنب أمام ضحايا الانفجار: يحس الناجون من الانفجار بأن نجاتهم كانت محض صدفة، مما يغذي مشاعر الذنب تجاه ضحايا الانفجار.

- المشاعر السلبية: الغضب والثورة والرغبة في الانتقام هي مشاعر طبيعية في هذه الفترة وهي تتوجه نحو العدو المفترض بأنه وراء الانفجار.

- الانتكاسات البسيكوسوماتية: إن استمرار معاشة الصدمة، وإن مظاهرها وأشكال مختلفة، من شأنه أن يؤدي إلى حدوث الانتكاسات النفسية - الجسدية، وفق جدول مراحل الشدة.

- الاضطرابات التذكيرية: تظهر هذه الاضطرابات بأشكال مختلفة وهي تزداد في حال تلازم شدة الصدمة النفسية مع إصابة جسدية.

و - رعد الفعل الطويلة الأمد:

يتعلق تحديد هذه المظاهر بمجموعة من العوامل التي تحددها الإجابة عن الأسئلة التالية: (١) حدة معاشة الانفجار، (٢) هل يوجد اضطراب أساسي، (٣) هل سبق للشخص أن تعرض لصدمة أو لصدمات سابقة، (٤) هل أصابه الانفجار جسدياً (ولو إصابة طفيفة)، (٥) هل أصيب أحد أعزائه في الانفجار وما مدى إصابته، (٦) هل رأى الانفجار أو ضحاياه خلال الساعات الأولى من حدوثه، (٧)

عل اية مسافة من الانفجار كان موجوداً، (٨) هل شارك في عمليات الانقاذ، (٩) ما هي الحدود الموضوعية للخطر الشخصي عليه بسبب الانفجار، (١٠) عمر الشخص وجنسه^(١).

لكن تحديد هذه العوامل غير كاف لتحديد المظاهر المحتملة للظهور على المدى الطويل، إذ تتراوح هذه المظاهر ما بين العلامات الهستيرية البسيطة وبين الأمراض الجسدية الخطرة مثل الهرم المبكر كما تشير إلى ذلك دراسات فيشر وكلوتر.

تشخيص المُصاب الصدمي وعلاجه

قبل إبداء الرأي في هذا المجال، نجد من اللازم أن نعرض لمناهج البحث المطروحة عالمياً لدراسة حالات الصدمة.

مناهج البحث في حالات الكارثة:

يعترف الباحثون في هذا المجال بالصعوبات التي تواجه إرساء منهجية أساسية موحدة لدراسة الحالات عقب الصدمة. لكن هذا الاعتراف لم يمنع بيغري ومشاركيه من محاولة إرهابية أولية لمثل هذه المنهجية^(٢).

من جهتهم، فإن العيادين العرب لا يستطيعون تجاهل مثل هذه الحالة، خصوصاً أن مكتبتنا العربية فقيرة بالدراسات المتعلقة باضطرابات الضغوط الكارثية وبالحالات عقب الصدمة. لكنهم يبدون أنفسهم عاجزين عن استخدام هذه الاقتراحات المنهجية بسبب الإشكالات التي تحول دون تطبيقها. من هذا التعارض تنشأ ضرورات التعرف إلى هذه الاقتراحات المرتبطة بضرورات تعديلها وفق حاجات المياعة العربية وظروفها الثقافية.

من حيث المبدأ، نجد أن المنهجية التي يقترحها كل من بيغري ومشاركيه، تعتمد على تحديد العوامل التالية:

أ - أبعاد الكارثة: أي طبيعة الكارثة وحجمها ونتائجها لجهة عدد الضحايا والإصابات وحجم الدمار والخسائر.

ب - قدرة الكارثة على توليد الشدة: حيث استخلعت الأبحاث مقياساً عاماً للشدة الذاتية على ميزان من ١ إلى ١٠ نقاط.

ج - السلوك خلال الكارثة: أي أسلوب الشخص في التعامل مع الحدث الكارثي أثناء وقوعه.

د - ردود الفعل المباشرة بعد الكارثة بأبعادها المختلفة، بما في ذلك التجارب النفسية الداخلية وردود الفعل الظاهرة على السلوك الخارجي.

(١) بيارمارتي: الحلم والمرض النفسي والتفلسفي، طرابلس، لبنان، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، ١٩٨٧.

(٢) Beverly, R. et al., «A Research Method for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster in Act», *Fry. Scandinavica*, Special Issue, 1989.

هـ - تحديد سبل تأمين الوقاية والعلاج: بالنظر إلى الأعداد الكبيرة لضحايا الكوارث الكبرى ونظراً لمحدودية الإمكانيات المتوفرة لمواجهة هذه الحالات المفاجئة، فإنه من الواجب العمل على تحديد المجموعة الأكثر احتياجاً للمساعدة والعلاج من ضمن المتعرضين للكارثة.

و - تحديد تأثير الاضطرابات السابقة للكارثة على نتيجة الصدمة.

ز - مائة المساعدة التي تنتظرها الضحية ومن قبل من؟

ح - استشارة الفحص الاحصائي.

ط - قياس القدرة على التكيف عقب الكارثة.

ي - المعطيات الإحصائية المساعدة والإضافية.

ك - المقاييس الخاصة بالأطفال.

ومما لا شك فيه أن هذه المعالجة تشكل إضافة هامة إلى أدبيات علم نفس الحروب والكوارث، ولكنها تعاني من الثغرات التي تجعل تطبيقها مستحيلاً في العيادة العربية. وفي ما يلي عرض لهذه الثغرات:

أ - يتميز كل نوع من أنواع الكوارث بآثار شديدة مختلفة. كما تتميز الكوارث المتشابهة بآثار شديدة مختلفة باختلاف حدتها ولحظة حدوثها والبيئة الثقافية التي تحدث فيها، وأيضاً بامتلاك الضحايا لخبرات سابقة أمام كوارث مماثلة ويمدّى استعدادهم المسبق لمواجهة الكارثة.

ب - تعتبر الكارثة كارثة بمقدار تهديدها للحياة، فهي إذاً مرتبطة مباشرة بمفهوم الموت. من هنا ضرورة تمييز منهجية عربية خاصة تتلاءم مع مفهوم ثقافتنا للموت.

ج - تعتمد المنهجيات الأجنبية على اختبارات ومقاييس مقننة في المجتمعات الأجنبية وغير مقننة في مجتمعنا العربي.

د - إن اختلاف الاختبارات والمقاييس الأجنبية إنما ينبع من اختلاف النطلقات النظرية في التشخيص، وبالتالي فإنه يعكس اختلاف للداوس.

إن يجمل هذه الأسباب يطرح على العيادين العرب مهمة ملحة تتلخص في ضرورة إرساء منهجية عربية خاصة لدراسة الحالات الكارثية. من هذا المنطلق، نضع بين أيديكم نتائج تجربتنا في مجتمع الحرب اللبنانية من خلال اقتراحنا للمقابلة العيادية التالية لفحص المصدومين العرب:

مقابلة مقترحة لفحص المصدومين العرب

إن تكرار تعرض الشعوب العربية للكوارث الحربية والمعنوية والطبيعية، يضع الاختصاصي العربي أمام مسؤوليات متشعبة، منها إيجاد وسائل الوقاية والتشخيص والعلاج والتدخل الفاعل لتعنين الانفعالات وتوجيه آثار الكارثة وانعكاساتها في السبل الصحية الآلية إلى توجيه هذه الانفعالات في الاتجاه الصحيح الذي يدعم السلوك الإيجابي والصحي قبل الكارثة وأثناءها وبعدها.

إن تجربتنا غير كافية لتحديد منهجية عربية متكاملة لدراسة الكارثة، لذا سنكتفي باقتراح مقابلة عيادية لفحص المصدومين العرب.

أولاً: سير المقابلة

يجب أن يشارك في المقابلة طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي - عيادي مع طبيب مدرب على التعامل مع حالات الطوارئ الجسدية والنفسية، على أن يكون الاثنان من المعتادين على العمل في بيئة وظروف المجتمع المتعرض للكارثة. هذا الاعتقاد لا يعني فقط معرفة موقف الجمهور من الكارثة، بل يعني في ما يعنيه أن يكون الفاحص محيطاً بنواقص الأمن الصحي وبحجم الإمكانات المتوافرة ويمدّي توقّع الكارثة والاستعداد لها وبالجهة التي ينتظر الضحايا تلقي المساعدات منها وأيضاً بالجهة التي تتوجه نحوها مشاعر الغضب والرغبات الانتقامية.

على ضوء هذه المعطيات، يحدّد الفاحص مكان وزمان وظروف المقابلة، ويقدر مستوى تدخله ضمن هامش الذي تسمح به هذه المعطيات.

أ - قبل حدوث الكارثة: في هذه الفترة، يلعب الاختصاصي النفسي دوراً رئيسياً من خلال جهود التوعية وتدريب الجمهور على الخطوات الوقائية وتعويد على توجيه ردود فعله في الاتجاه السليم، إضافة إلى دوره في اختيار الأفراد المرشحين للقيام بدور التدخل لمواجهة الكارثة ومساعدة ضحاياها في حال حدوثها.

ب - أثناء حدوث الكارثة: هنا يغني الطبيب النفسي المجال لزملائه الأطباء العضوين كي يعالجوا الطوارئ الجسدية، بحيث يقتصر تدخله على الحالات التي تفرض على الاختصاصي العضوي طلب معونه. ويكون ذلك في حالات مثل عجز الضحية عن الاتصال أو في حالات الهياج أو الانفعال الذي ترافقه مظاهر عضوية خطيرة.

ج - بعد حدوث الكارثة: هذه الفترة تقسم بدورها إلى عدة مراحل. فهناك المرحلة المبكرة، وتبعتها مرحلة ما بعد الشفاء من الأعراض الجسدية التالية للكارثة، ثم تأتي المرحلة المتأخرة التي يمكنها أن تتراوح بين عدة أشهر وعدة سنوات. انطلاقاً من هذه النقاط، يقوم الفاحص برسم الحدود التي توجه مقابله للضحايا وبالتالي فإنه يحدد المقاطع التي تمه من هذه المقابلة، من خلال ما يلي:

١ - الاطلاع على المعطيات المتوافرة من خلال وحدات العناية الجسدية بالضحايا:

هذه المعطيات تتضمن: المعطيات الديموغرافية (الاسم والسن والجنس والحالة العائلية والزواجية والمهنية والخلفية الاثنية واللغوية والدينية والعنوان... إلخ)، ومعطيات حول التاريخ الصحي (السوابق الجسدية والنفسية ومستوى الخبرة والتدريب على مواجهة كوارث شبيهة... إلخ)، ومعطيات حول ردود الفعل المباشرة عقب الكارثة (مع مراقبة ما إذا كان تطورها سلبياً أم إيجابياً).

٢ - استمارة ردود الفعل النفسية:

تتألف هذه الاستمارة من ٢٠ بنداً، ويتم ملؤها من قبل الفاحص الذي لا يطرح الأسئلة مباشرة بل يحاول استنتاجها من خلال سرد الضحية لأحاسيسها ومعتقداتها. هذه البنود هي التالية:

١ - هل تعاني من اضطرابات النوم؟ (جلّد)

٢ - هل تعاني من ازعاجات قلبية - وعائية؟ (جلّد)

- ٣ - هل تعاني من صعوبات تنفسية؟ (حدّد)
- ٤ - هل تعاني من اضطرابات هضمية؟ (حدّد)
- ٥ - هل تعاني من اضطرابات بولية - تناسلية؟ (حدّد)
- ٦ - هل تعاني من متاعب في مفاصلك؟ (حدّد)
- ٧ - هل تعاني من أوجاع عضلية؟ (حدّد)
- ٨ - هل تعاني من الصداع؟ (حدّد)
- ٩ - هل تعاني من القلق؟ (حدّد)
- ١٠ - هل يبدو عليك الخوف في مواقف معينة؟ (حدّد)
- ١١ - هل تعاني من الأرق؟ (حدّد)
- ١٢ - هل تخوض حالياً صراعات؟ (حدّد)
- ١٣ - هل تعاني من اضطرابات الذاكرة (حدّد)
- ١٤ - هل تجد نفسك ميالاً إلى البكاء لأتفه الأسباب؟ (حدّد)
- ١٥ - هل تشعر أحياناً بالضعف والوهن؟ (حدّد)
- ١٦ - هل تمر بفترات تفقد خلالها شهيتك للحياة؟ (حدّد)
- ١٧ - هل تمر بفترات من البلاء؟ (حدّد)
- ١٨ - هل تعتقد أن مردود عملك هو أقل من الجهود التي تبذلها؟
- ١٩ - هل تشعر أحياناً أن الحياة غير جذرية بأن تماش؟
- ٢٠ - فقرة مخصصة للمخصص لتحديد ملاحظته ووصف سلوك المريض أثناء إجراء الاختبار والمقابلة التي تليه.

٣ - استمارة تحرّي عوارض الشدة عقب الصدمة:

تتألف هذه الاستمارة من ٢٨ سؤالاً تهدف إلى تقييم أثر الشدة الناجمة عن تهديدات الكارثة (الحرب خصوصاً).

- ١ - هل سبق وتعرضت لكارثة شبيهة؟
- ٢ - كما مرة تعرضت لمواقف شبيهة ومتى؟
- ٣ - هل كنت قريباً من مكان الخطر الذي سببته الكارثة؟
- ٤ - هل تسببت الكارثة بقلقك وانشغالك على أحد المقربين منك؟
- ٥ - هل عاينت مكان الكارثة بعد ساعة على الأكثر من وقوعها؟
- ٦ - هل فقدت أحد المقربين منك في هذه الكارثة أو في كارثة شبيهة؟ (حدّد)
- ٧ - هل رأيت ضحايا الكارثة؟
- ٨ - هل سبق لك وعاشت كوارث شبيهة؟
- ٩ - هل طاول خطر الكارثة مكان إقامتك؟
- ١٠ - هل طاول خطر الكارثة مكان عملك؟
- ١١ - هل أجبرتك نتائج الكارثة على تغيير مكان إقامتك؟

- ١٢ - هل أجبرتك نتائج الكارثة على مبالحة متطرفة إقامتك؟
- ١٣ - هل يوجد في عائلتك أطفال يتراوح سنهم بين ٥ و ١٢ سنة؟
- ١٤ - هل تعرضت للاحتجاز بسبب الكارثة؟
- ١٥ - هل أدت الكارثة إلى انقطاع اتصالك بعائلتك؟ (حدّد المدة)
- ١٦ - هل شعرت بتهديد مباشر لحياتك بسبب الكارثة؟ (حدّد)
- ١٧ - هل تراودك لغاية الآن ذكريات الكارثة وأخطارها؟
- ١٨ - هل ترى أحلاماً ذات علاقة بهذه الأخطار؟
- ١٩ - هل تشابه أحلامك من حيث محتواها؟
- ٢٠ - هل تعاني من الكوابيس بشكل تكراري؟
- ٢١ - هل تعاني من نجيّات عابرة؟
- ٢٢ - هل تخاف من احتمال تكرار الكارثة؟
- ٢٣ - هل تخاف من اجتياز الأماكن المضيقة؟
- ٢٤ - هل تخاف على وجه العموم؟
- ٢٥ - هل تخاف من الإصابة بالمرض؟ (حدّد)
- ٢٦ - هل تخاف من الموت؟
- ٢٧ - هل تخاف من الجنون؟
- ٢٨ - هل تتخذ إجراءات احتياطية وكان الكارثة ستكرر؟

ثانياً - النتائج

إن استخراج النتائج من خلال هذه المقابلة لا يعتمد على تحليل نتائج الأسئلة المطروحة أعلاه، كما أنه لا يعتمد على لوائح التشخيص التقليدية، بل على خبرة الفاحص. فلا يتعدى دور هذه الأسئلة مهمة توجيه الفاحص لتحري مواطن الخلل في التوازن النفسي والجسدي للمضيقة (أي كأنها مقابلة مقننة). لذا من الضروري التذكير بالنقاط التالية:

أ - المظاهر الهستيرية: تبدأ هذه المظاهر بالتحذير الحسي (الذي يشبه الشلل الهستيري المؤقت)، ثم لا تلبث أن تنوع وتعمق خلال الفترة التي تعقب الكارثة مباشرة. هذه المظاهر تتراوح بين النوبة الهستيرية الكبرى وبين المظاهر الهستيرية المتجسدة، التي يستشفها الفاحص من خلال أسئلة الاستشارة الأولى. من هذه التجسيدات الهستيرية نذكر: (١) شبه الربو الهستيري (كان بلاطة تضغط على الصدر وتعين التنفس)، (٢) الغصة الهستيرية ومظاهر الرهاب الهستيري (خصوصاً على الصعيد الفيزيولوجي حيث تبدى المظاهر الفيزيولوجية لحالات الخوف العام، مثل برودة الأطراف والتعرق وتسارع النبض... إلخ) وغيرها من مظاهر السلوك الهستيري التي يلاحظها الفاحص أثناء المقابلة ويسجلها في الفقرة الأخيرة من الاستشارة الأولى. هنا لا بد من التذكير بأن الهستيريا هي علامة حياة (أي أنها مساعدة على استعادة الجهاز النفسي - الجسدي لتوازنه)، فهي تعكس محاولة دفاعية يبذلها الجهاز النفسي - الجسدي لمقاومة خلل توازنه الطارئ بسبب صدمة الكارثة. من هنا قولنا إن هيمنة المظاهر الهستيرية تقلل من معاناة المضيقة لحالات التكتّم والحزن غير المستنفذ ومشاعر الذنب تجاه

ضحايا الكارثة وغيرها من المؤشرات التي تشجع ظهور الأمراض البسيكوسوماتية.

ب - عصاب الكارثة المزمن: إن عصاب الكارثة مرض ذو ديمومة يتحول إلى مزمن في حال عدم علاجه، إذ تفشل محاولات المريض الذاتية للتخلص من هذا العصاب، بالرغم من الجهد الذي يبذلها كي يتجنب التفكير في الكارثة ولكي يحدث تغييرات في حياته تساعده على هذا الشئ. من هنا شكوكنا حول إمكانية الشفاء التلقائي من هذا العصاب، إذ قد نلاحظ تراجع حدة عوارض التكرار وتباعد فترات ظهورها، مما قد يوحي بالتحسن، لكننا نلاحظ في المقابل ظهور اضطرابات طباعية تترسخ تدريجياً.

على الفاحص، إذن، أن لا يفاجأ إذا ما اكتشف علاقة بين الحالة المعروضة عليه وبين صدمة نفسية مضت عليها السنوات. ذلك أن الآثار النفسية للكارثة يمكنها أن تحمد لفترة (كأنها جداول مياه جوفية) ثم تعود إلى الظهور بأشكال جديدة يمكنها أن تضلل الفاحص وتصرف انتباهه عن العلاقة بينها وبين الكارثة. هذا التضليل غالباً ما يحدث في حالات الوسواس المرضية التي تتبدى، بعد سنوات من الكارثة، بصورة حادة مترافقة مع الخوف من الموت ومن فقدان التكامل العقلي (الجنون). وتقودنا احتمالات هذا الحمد المؤقت إلى مناقشة إنذارية عصاب الكارثة.

ثالثاً - إنذارية عصاب الكارثة

إن تحديد هذه الإنذارية يعتمد على تحديد العوامل التالية: أ) تحليل المظاهر الحالية والاضطرابات الطباعية المرافقة لها، ب) البنية الأساسية، ج) علاقم المرض الجسدي.

أ - تحليل المظاهر الحالية: إن مواجهة الكارثة هي وضعية قلقية من الدرجة الأولى. من هنا اعتبار جميع مظاهر القلق، المتبدية لدى المصدوم، بمنزلة ردود الفعل الطبيعية. لكن عناية الفاحص يجب أن توجه نحو التعقيدات النفسية - الجسدية لهذه المظاهر، إذ يمكن لقلق الكارثة أن يتطور نحو الهلع والخوف من الموت والجنون، كما يمكنه أن يتطور نحو خلل وظيفي - دماغي يتبدى على صعيد النوم الذي تضطرب مراحله. ويؤدي هذا الاضطراب إما إلى تشوش القدرات المعرفية - الإدراكية (وصولاً إلى حالات الذهان العابر) وإما إلى اضطراب الحياة الحلمية، الذي يقسم بدوره إلى فئتين: عصابي - نفسي (أحلام متكررة، كوابيس على علاقة بالكارثة... إلخ)، وعصابي - نفسي (أحلام فظة أو غائبة أو تكرارية أو عملية). في هذه الحالة الأخيرة، يكون اضطراب الحياة الحلمية مقدمة لظهور الأمراض البسيكوسوماتية، إذ تشير تجارب مارتي إلى معاناة كافة المرضى البسيكوسوماتيين كافة من هذا النوع من اضطراب الحياة الحلمية^(١). الأمر الذي يقودنا إلى تعريف هذه الاضطرابات ونبدأ بـ:

- الأحلام الفظة: وهي أحلام يتبدى فيها اللاوعي بدون رقابته الموهودة.
- الأحلام التكرارية: وهي أحلام متكررة في مضمونها وفي فكرتها.
- الأحلام العملية: وهي التي تمكس مشاهد من الحياة العملية للحالم.
- غياب الأحلام: وتشير هذه الحالة إلى اضطراب الوعي والقدرات المعرفية الإدراكية.

(١) بيار مارتي: الحلم والمرض النفسي والتفلسفي، مرجع سبق ذكره.

ب - البنية الأساسية: ويختلف تمثيلها باختلاف المدارس، لكننا نشير إلى ضرورة الربط بينها وبين التغيرات الطارئة عليها بسبب الصدمة.

ج - علامات المرض الجسدي: وتحدد الفحوصات الطبية وتكملها استشارة تحري العوارض النفسية - الجسمية^(١).

رابعاً - العلاج

إن علاج اضطرابات الضغوط عقب الصدمة^(٢) يختلف باختلاف هذه الاضطرابات التالية للكوارث والحروب، كما سبقت الإشارة إلى ذلك في سياق عرضنا للنساج العيادية. لكن هذه الخصوصية لا تمنع اقتراحنا للخطوط العريضة المشتركة في علاج هذه الحالات وهي^(٣):

أ - العلاج الدوائي: بما أن مواجهة الكارثة هي وضعية قلقية واضطهادية من الدرجة الأولى، فإننا نرى ضرورة ملحة لاستخدام مضادات القلق بهدف الحد من احتمالات تعقيد هذه الحالات، خصوصاً بعد ظهور مضادات القلق من فصيلة معيقات دفق السيروتونين، وهي أدوية فاعلة وخالية من المحاذير والأثار الجانبية المعروفة في مضادات القلق التقليدية^(٤). أما إذا ظهرت العلامات الذهانية، فإننا نصبح بعدم استعمال المهدئات العظمى بل باستخدام النومات في دورات تنويمية وفق ما تقتضيه الحالة^(٥).

ب - العلاج النفسي: بغض النظر عن الطريقة العلاجية المتبعة، فإن هدف العلاج النفسي يجب أن يتمحور حول ضرورة تفريغ مشاعر الحزن والقلق غير المستنفدة ومساعدة المريض على تعقيل هذه المشاعر.

ولا شك في أن معاشة الحدث الكارثي ترتبط ارتباطاً مباشراً بأسلوب الضحية في التعايش مع فكرة موته الشخصي. هذه الفكرة المرتبطة مباشرة بالعقل الجماعي، تصبح نافذة أمام الكوارث المعنوية التي تهدد العقل الجماعي، برمتها، حيث يتمنى الفرد حدوث موته الشخصي، بل إنه قد يسعى إلى وضع نهاية لحياته هرباً من الكارثة المعنوية. لهذه الأسباب، تختلف معاشة الحدث نفسه من ثقافة إلى أخرى ومن أمة إلى أخرى. فإذا ما أردنا دراسة كوارثنا العربية، وجب علينا أن نقوم باستعراض أسلوب جمهورنا في معاشة الكوارث والصددمات السابقة. هذا إذا أردنا إرساء هيكلية برنامج وقائي واستراتيجية علاجية تدعم جمهورنا في وجه كوارثنا المقبلة التي تشكل بحد ذاتها تهديداً ذا أثر صلمي.

Beverly, R. et Al: op.cit. (١)

Roge, B. et Al: «Pathologie émotionnelle chez un enfant de 7 ans après tremblement de terre». in (٢)
An. Med - Psy. Paris, 1984, 142, n° 3.

(٣) محمد حمدي حجار: «نحو استراتيجية قوية لعلاج الأسرى العرب»، مجلة الثقافة النفسية، العدد السابع عشر، يناير ١٩٩٤.

Bieder, J: «Sequelles tardives et retardées de la catastrophe concentrationnaire». in An. Med-psy, (٤)
Janvier, 1984, p. 277 - 282.

(٥) عماد أحمد النابلسي: معجم العلاج النفسي الدوائي، بيروت، دار ومكتبة الهلال، ١٩٩٤.

الفصل العاشر

مقابلة مقترحة لفحص المصحوحين العرب *

تمهيد:

إن رعاية ودعم الناجين من الكوارث هي من المسؤوليات الأخلاقية للطبيب النفسي. إلا أن تلاحق الكوارث المصطنعة منذ بداية القرن وحتى يومنا الحاضر، أدى إلى أفراد خائبات واختبارات وأساليب فحص وعلاج خاصة بهذه الحالات، الأمر الذي أدى إلى بداية تفرد وانتفاق اختصاص جديد - فرعي في الطب النفسي هو فرع الكوارث.

في عالمنا العربي المعاصر انفجرت براكين الصراع بمختلف أشكاله. فكانت صراعات التحرر من الاستعمار والحولات المتعددة للصراع العربي - الإسرائيلي وحرب الخليج الأولى. كما كانت الصراعات الأهلية وأخطر منها الصراعات العربية - العربية، التي تبدو كتلك الأفعى الخرافية التي كلما قطعت لها رأساً نبت مكانه رأساً، حتى بات عالمنا العربي مزروعاً براكين الصراع التي تهدد بالانفجار دون سابق إنذار.

إن الخطورة الحقيقية لهذه الصراعات تكمن في كونها مظهراً متطوراً من مظاهر تفكك الشخصية العربية، مما يحول هذه الشخصية نحو الفصام الأعمى. وحيث إن هذه الكوارث هي كوارث معنوية بالدرجة الأولى، لذا فإنها تهدد العقل العربي بالانشطار Scision بين الأنا (الذات العربية) وبين الجسد العربي (المتصل بالبلد المعرض للكارثة)، حتى بات الإنسان العربي يتساءل: ماذا سيحصل لي إذا ما فقدت بلدي؟ وهذا ويضع هذا التساؤل أمام حلة انشطار العقل العربي الناجم عن تفكك الأنا التي تحولت إلى عامل مسبب للاختلال عوضاً عن أن تكون مصدراً للتوازن، حتى تبدت على الإنسان العربي علائم فصامية أساسية منها الشعور بعيب الانتهاء لدرجة نكرانه أحياناً. وهكذا نجد أن الصدى المعنوي لكارثة الإنسان العربي يعطي معاناته ألواناً غير مألوفة من الألم الأخلاقي والمعنوي حتى تكاد الكارثة أن تفقد أبعادها الفردية.

في الحياة العربية نجد أنفسنا أمام أعداد متزايدة من الناجين جسدياً من هذه الكوارث والواقيع ضحايا لأبعادها المعنوية. هؤلاء الضحايا لا تقابلهم بالضرورة في أماكن الصراع بل قد تقابلهم في أماكن بعيدة جداً عن بؤر الصراع، مع ذلك فإنهم يعانون من الصدمة وأقله من أحد مظاهرها ألا وهو مظهر «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة».

(*) محاضرة ألقيت في مؤتمر الكويت لاضطرابات الصدمة النفسية - نيسان/أبريل ١٩٩٤.

إن خاصية العقل العربي وخاصية كوارثه الراهنة تجبر الاختصاصي العربي على التدخل، أقله على صعيد دعم الأفراد وعلاجهم من أثر هذه الكوارث. لكن هذا التدخل يصطدم بعوائق عديدة أهمها غياب قواعد تشخيص هذه الحالات. فلو أخذنا التصنيف الأمريكي لهذه الحالات لوجدنا أنه يعاملها على أنها حالة قلقية - فردية مفقداً إياها أبعادها المعنوية وهي الأهم والأخطر. من هنا فإن حاجتنا لقواعد التشخيص هي حاجة حياتية لأنها الوحيدة القادرة على مساعدتنا كي نفهم معاناة الإنسان العربي بما فيها من عناصر الألم الأخلاقي والمعنوي. كما نحتاج لهذه القواعد لتحديد منهجيات العلاج والوقاية في وجه كوارثنا القادمة. من هنا فإن المسألة ليست مسألة نقاش نظري أو ظرف فكري أو مجرد رغبة في التمايز. فهذا العقل العربي المتميز بوجودانيته يمكنه أن يستسهل إيذاء الذات وأن يفضل الانتحار على الاستمرار في الحياة تحت وطأة هذه الأوجاع.

إن تجربتي في العيادة العربية للمصدمين وإدراكي للآبعاد المعنوية لكوارثنا هما وراء اقتراحي لهذه المقابلة العيادية، خصوصاً وأن طابع المعاشاة الوجدانية للإنسان العربي يجعل من المستحيل تحويل معاناته إلى جداول وأرقام وينود محدة.

أ - أهمية الدراسة

إن خاصية العقل العربي وخصوصية كوارثه الراهنة تدفعان بالباحث إلى محاولة إيجاد وإرساء منهجية عربية لدراسة الكوارث، وذلك كخطوة نحو تحقيق الأهداف التالية:

- ١) تقديم الدعم والعلاج للمصدمين.
 - ٢) العمل على استشفاف وتبيين الانعكاسات المستقبلية لكوارثنا الراهنة، على الصعيدين الفردي والجماعي.
 - ٣) تأمين القواعد التشخيصية التي تتيح لنا تحديد استراتيجية علاجية - وقائية للمضحايا العرب.
 - ٤) الاستعداد لمواجهة كوارثنا المستقبلية.
 - ٥) العمل على دعم مستوى اللياقة النفسية للإنسان العربي وللشخصية العربية عموماً.
- من جهتنا فإننا لا نجرؤ على الادّعاء بأن ما نقرّحه في هذا المجال يمكنه أن يكون أساساً لتحقيق هذه الأهداف. فالمقابلة التي نقرّحها لا تخرج عن كونها مساهمة عيادية متواضعة نضعها في تصرف العياديين العرب.

ب - الدراسات عبر الحضارية

في غياب القواعد العربية لتشخيص الحالات الكارثية وجدنا الباحثين العرب يعتمدون في غالبيتهم التصنيف الأمريكي لهذه الحالات (D.S.M. III-R) الذي يدرجها في خانة «اضطرابات الشدة عقب الصدمة» (P.T.S.D.). من حيث المبدأ، نجد أن هذا التصنيف هو بمنزلة لغة عالمية يفهمها جميع العياديين في العالم. من هنا فإن استخدامهما كوسيلة للمخاطبة عبر الحضارية هو استخدام طبيعي، لكن علينا أن ندرك أن هذه اللغة قاصرة عن التعبير عن مشاعر ومعاناة مريضنا. فالفوارق عبر الحضارية تفرض نفسها بقوة في ميدان دراسة الكوارث، حيث الكارثة تهدد بالموت، والموت هو ذلك المجهول الذي يفهمه كل منا حسب مفهوم الحضارة التي ينتمي إليها.

هذا وتشير أدبيات الطب النفسي إلى وجود فوارق عبر حضارية أساسية وملموسة في أساليب معاشة الكارثة وأصدائها الجسدية والمعنوية. إذ تشير الأبحاث الفرنسية، حول مصدومي الحرب العالمية الثانية، إلى وجود فوارق نوعية وكمية بين جنودها المختلفي الجنسيات وذلك على صعيد ردود الفعل أمام تهديدات المارك. فقد لاحظ الباحثون انتشار ردود الفعل السيكوسوماتية بين الفرنسيين في حين انتشرت ردود الفعل الهستيرية بين السنغاليين المحاربين في الجيش الفرنسي^(١). من جهة أخرى، فإن الدراسات الألمانية تشير إلى عنصر المعاشة وإلى التفريغ اللاحقة في جهاز القيم في الحضارة نفسها. إذ تشير هذه الدراسات إلى هيمنة ردود الفعل الهستيرية إبان الحرب العالمية الأولى وإلى هيمنة تلك السيكوسوماتية خلال الحرب العالمية الثانية^(٢). أما لدى الأميركيين فإن الدراسات تشير إلى تمازج ردود الفعل الهستيرية مع تلك السيكوسوماتية لدى المقاتلين في حرب فيتنام، ذلك دون تحديد الأصول العرقية للمصابين. في حين تشير الدراسات الأخيرة إلى هيمنة ردود الفعل السيكوسوماتية لدى الأميركيين المقاتلين في حرب الخليج.

من هذا الاستعراض السريع نجد أن الآثار النفسية للكارثة تتعلق مباشرة بالمسائل الحضارية. فالعوامل الحضارية لا تكفي بتحديد الموقف المباشر من الكارثة بل هي تمتد ذلك إلى رسم أبعاد هذه الكارثة. من هنا كانت أهمية إرساء منهجية خاصة لدراسة الكوارث العربية وتحديد أسلوب مقابلة خاصة لهذا الهدف. خصوصاً وأن مكتبتنا العربية تكاد تكون خلواً من الدراسات في هذا الميدان، مما يجعلنا عاجزين عن عقد المقارنات والعمل على تبيان نقاط الالتقاء والاختلاف بين أسلوينا في معاشة الكارثة وبين أساليب الآخرين في هذه المعاشة.

ج - أزمة التشخيص

يشكل التشخيص حجر الأساس الذي تستند إليه الاستراتيجية العلاجية، وعليه فإن ثغرات التشخيص تنعكس عيادياً على شكل قصور في الرؤية العلاجية. فلو نحن راجعنا الدراسات، من عربية وأجنبية، التي تناولت الضحايا العرب لوجدنا أن غالبيتها قد اعتمدت الدليل الأميركي لتصنيف الاضطرابات العقلية (D.S.M. III-R) بطبعته المراجعة^(٣) (١٩٨٧). هذا الدليل يصنف هذه الحالات في خانة «اضطرابات الشدة عقبة الصدمة» (P.T.S.D.) حيث نجد في هذا البند ثغرات عديدة يمكنها أن تؤثر سلباً على مستوى الرعاية التي نلقها لمرضانا. من هنا كانت ضرورة عرض هذه الثغرات بإيجاز حتى وإن فتح مثل هذا الإيجاز الأبواب واسعة أمام سوء التفسير. لكننا نأمل أن يؤدي عرضنا اللاحق لبنود المقابلة إلى إزالة مثل هذا الالتباس.

في ما يلي نعرض استناداً لتجربتنا في العيادة العربية لثغرات هذا التصنيف^(٤) ونبدأ بـ:

(١) Sosini, Bardenet, Mancaux: cité de Crocq. L et al: «Névrose de la guerre et stress de combat». in *Psy. Med.* 1978, 10, 9, (1705 - 1718).

Saad. D: *Introduction à l'oeuvre de Marty*, Paris, UER, 1978.

DSM III-R: *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, A.P.A. - 1987.

(٤) راجع أيضاً ما ذكرناه في الفصل السابع من هذا الكتاب.

١) إنه يتجاهل بند «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكوارث» بما يتناقى مع هيكلية ودينامية العلاقات الإنسانية في المجتمع العربي.

٢) إنه يعتمد مبدأ الصدمة الوحيدة. في حين يعاني مريضنا من صدمات متلاحقة وعلى مستويات مختلفة منها الفردي والمعنوي والوطني والأمني... إلخ.

٣) إنه يقسم الأعراض إلى حادة ومتأخرة. وفي هذا التقسيم نجد مخالفة منطقية خطيرة على المنطقة العيادي. حيث الحادة تقابلها الزمنة، والمتأخرة تقابلها المبكرة، حتى لتساءل عن المكان الذي ندرج فيه الأعراض المتبدية لدى مريض تعرض لأكثر من صدمة. فهل نعتبر أن هذه الأعراض حادة ونردها إلى الصدمة حديثة العهد، أم نعتبرها متأخرة فنردها إلى الصدمات الأقدم عهداً؟

٤) إنه يحدد مدة حضانة الأعراض بستة أشهر، أي أنه يصلح لدراسة ردود الفعل الصدمية لصدمة لا تعود إلى أكثر من ستة واحدة. في حين تشير جميع الدراسات إلى أعراض يتأخر ظهور بعضها بضع سنوات.

٥) إنه يعمل الانعكاسات البسيكوسوماتية للكوارث. في حين تشير كافة الدراسات الطولية إلى استحالة إلغاء هذه الانعكاسات أو تجاهلها. ثم وفي التعديل الأخير لهذا التصنيف (D.S.M. IV) نجد محاولة لاستيعاب هذا النقص ولكن بارتكاب خطأ آخر يتمثل ببعثرة الأعراض وتوزيعها على صعد ثلاثة هي: أ) الأعراض العقلية، ب) الأعراض الراهنة (أو المتظاهرة حديثاً)، ج) صعيد الشخصية. بذلك فإن هذا التعديل يعثر الأعراض ويفقدنا النظرة التكاملية المؤدية إلى إرساء جدول عيادي متناسك، خصوصاً وأنه من غير المستبعد أن تحدث الكارثة تغييرات في الشخصية.

٦) إنه يعمل حالات الذهان العابر. مما يوحي للفاحص بتصنيف هذه الحالات في عداد الذهانات التقليدية. هذا الإهمال لا يمكن تجاوزه في العيادة العربية حيث تشير تجارب الأطباء العرب إلى انتشار أوسع لحالات الذهان العابر بالمقارنة مع المجتمعات الأخرى.

٧) إنه يعمل «هوام لحظة الكارثة» *Fantasme du moment de la crise* المتمثل بالخوف الماجسي من تكرار الحدث الكارثي، هذا الماجس الذي يشكل عاملاً شديداً إضافياً من الدرجة الأولى.

٨) إنه يعمل عناصر المعاشة إهمالاً تاماً، مع أنه العنصر الوحيد القادر على تفسير أسباب اختلاف ردود الفعل لدى المجموعات البشرية المتعرضة للظروف الكارثية نفسها (مثال ذلك الفوارق بين مظاهرات الصدمة لدى الفرنسيين والسفاليين المحاربين مع الجيش الفرنسي إبان الحرب العالمية الثانية).

٩) إنه يعمل مجرد الإشارة إلى مشاعر الغضب ورغبات الانتقام المرافقة لمعاشة الكارثة، ذلك على الرغم من أهمية وضرورة التصدي لمعالجة هذه المشاعر وتقنياتها وتوجيهها في الاتجاه الصحيح. كما لا يغنى أثر هذه المشاعر في زيادة حدة معاشة الصدمة وتوسيع أبعادها وبالتالي إلى تعقيد المظاهر عقب الصدمة.

١٠) إنه يصنف العصاب الصلبي في إطار الاضطرابات القلقية. لكن تجربتنا تشير إلى أن علاج الصدمة على أنها حالة قلقية هو علاج قاصر وعاجز عن منع الصدمة من التحول نحو الإزمان.

وإذا كانت هذه الانتقادات مجتمعة تندرج في خانة العمل على تعميق فهمنا لميكانيكية الاضطراب الصدمي ولدينامية تأثيره، فإن معارضتنا لاستخدام هذا التصنيف في حالات الأطفال هي معارضة منهجية مبدئية. ذلك أن (أ.ش.ع.ص.) يستند إلى طابع التكرار المألوف لدى الأطفال بغض النظر عن تعرضهم للصدمة أو عدم تعرضهم لها. من هنا عدم الصلاحية المطلق لتطبيق معايير هذا التصنيف (P.T.S.D.) على الأطفال.

د - المقاييس المستخدمة في حالات الصدمة

في هذا المجال نجد اختلافاً في رؤية عياديتنا العرب. حيث يتبنى بعضهم مبدأ ترجمة المقاييس الأجنبية وتقنيها وتعديلها بما يلائم واقع مريضنا، في حين ينادي آخرون بضرورة وضع مقاييس عربية خاصة.

في هذا المجال فإننا نميل إلى الموقف الثاني ولكننا لا نجد بأساً من تبني الموقف الأول تحت ضغط الحاجة الملحة إلى هذه المقاييس في العيادة العربية. على أن المقاييس الأكثر أهمية بالنسبة لموضوعنا هي تلك المستخدمة في إعادة الصدمة. من هنا كانت ترجمتنا لهذه المقاييس^(١)، ونخص منها بالذكر:

(١) مقياس الشدة النفسية^(٢) Stress Scales: وفيه مؤشر فقدان يقيس درجة قرب الشخص من المفقود، ومؤشرات تقيس تهديد الحياة ومدى الإنذار ودرجة مواجهة التهديد الجسدي، بالإضافة إلى العواطف التي ينبغي الحرب منها، وأيضاً مؤشر يحدد مدى الإصابة على ميزان من ثلاث نقاط.

(٢) قائمة الخبرات الكارثية^(٣) Inventory of Disaster Experiences: وقد طور ماكفرلان هذه القائمة استناداً إلى تجاربه في التعامل مع ضحايا الكوارث.

(٣) إدراك الشدائد المرافقة للخبرات الكارثية^(٤) Suggested Scale for Rating the Dimensions of the Disaster According to their Perceived Stressfulness.

(٤) الاستجابات السلوكية أمام الكارثة^(٥) Disaster Behavioral Responses.

(٥) مقياس تأثير الحدث الكارثي^(٦) Impact of Events Scale.

(١) مجموعة من الباحثين (إشراف عماد النابلسي): الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩١.

(٢) Green, B.L. et al., (1983). «Levels of Functional Impairment Following a Civilian Disaster: The Beverly Hills Super Club Fire». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (4), PP: 573 - 580.

(٣) McFarlane, A.C. (1984 - 86). «Studies and Consequences of the Ash Wednesday Bushfires: Fire Fighters». Personal Communication. Flinders University, Adelaide, South Australia.

(٤) General Inventory of Disaster Experiences، مصدر مذكور سابقاً.

(٥) Suggested Scale for Rating the Dimensions of the Disaster According to their Perceived Stressfulness، مصدر مذكور سابقاً.

(٦) Horowitz, M. Wilner, N and Alvaery, W. (1979): «A Measure of Subjective Stress» *Psychosomatic Medicine*, 41, pp. 209 - 218.

٦) دليل القلق الصلبي^(١) Traumatic Anxiety Stress .

٧) استمارة الآثار المتأخرة للحوادث الصدمية^(٢) Late Effects of Accidental Injury

Questionnaire .

لقد انتقينا هذه المقاييس تحديداً لأن العيادة العربية هي اليوم بأمر الحاجة لها كي تتوصل إلى إرساء استراتيجية وقائية - علاجية للتعامل مع المجموعات الكبيرة عددياً من ضحايا الكوارث، هذه الحاجة التي تصل أحياناً إلى تطبيق هذه المقاييس واستخدامها بدون تقنين أو تعديل . على أن تكون الخطوة التالية قيام فريق عمل عربي، من الاختصاصيين المتعاملين مباشرة مع التجارب الكارثية العربية، بتطوير مقياس عربي خاص بواقعنا القصامي المولد للكوارث .

تبقى الإشارة إلى أن تجربتنا العمادية دفعتنا إلى اعتياد أحد الاختبارات الإسقاطية بهدف توجيه المقابلة وتكوين فكرة عن عقبات تعقيل الكارثة لدى الشخص، بحيث توجه نتائج الاختبار المقابلة التي نضع التشخيص على أساسها (يدعى هذا الاختبار بـ: «اختبار رودولف»).

هـ - نقص الإمكانيات

تتميز الكوارث العربية بحجمها وبأصدائها التي تطال مجموعات بشرية واسعة، الأمر الذي يقتضي منا العمل على إرساء منهجية عربية خاصة للتعامل مع كوارثنا على أساس واثق . . هذه المنهجية التي تقتضي منا تحقيق الخطوات التالية:

١) إيجاد المقاييس الصالحة للاستخدام والمقننة في مجتمعاتنا، وتحديد المقاييس الخاصة بالأطفال، سواء أكانت هذه المقاييس منقولة أو موضوعة .

٢) إرساء المعايير التي تساعدنا على تحديد المجموعات البشرية المتأثرة بالكارثة، وبالتالي تلك التي تحتاج إلى الدعم والعلاج والمراقبة الطويلة .

٣) تحديد الأطر والمرجعيات الأخلاقية - السياسية التي تحدد بدورها حجم وميدان تدخل الاختصاصيين، كما تحدد توقيت هذا التدخل الذي يمكن أن يكون سابقاً للكارثة عن طريق جهود التوعية والتدريب على مواجهة الكارثة، أو هو يكون أثناءها من خلال المساهمة في تقنين ردود الفعل المباشرة وتوجيهها بالاتجاه الصحيح، أو أخيراً يكون هذا التدخل بعد الكارثة حيث تكون أهدافه متمخورة حول علاج الآثار الصدمية والحد من احتمالات تعقيدها .

٤) تأمين تراكمية المعلومات التي من شأنها أن تساعدنا على التحديد العاجل للعوامل التالية:

أ - أبعاد الكارثة لدى المجموعات المتأثرة بالكارثة .

ب - أصداء الكارثة على الصعيلين المادي والمعنوي .

ج - السلوك خلال الكارثة، وهو يتمحور أساساً حول مفهوم الموت لدى المتعرضين لها .

(١) Weisaeth, L. (1983). *The Study of a Factory Fire*. Doctoral Thesis. University of Oslo.

(٢) *Late Effects of Accidental Injury Questionnaire* (L.E.A.I.Q.). Malta U.F. (1988); «The Long Term Consequences of Accidental Injuries». *British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 810 - 18.

د - وجود الفعل عقب الكارثة.

هـ - تحديد المتغيرات التي يمكنها أن تؤثر في تطور الآثار الصدمية (سلباً أم إيجاباً).

و - إرساء خطط وقائية وعلاجية صالحة للتطبيق في حالة الكوارث المتشابهة.

ز - تحديد نوع المساعدة الإنقاذية التي تنتظرها المجموعات المتأثرة بالكارثة، حيث تبرز أهمية التوعية الصحية في إدراج طلب المساعدة النفسية إلى جانب طلبات المساعدة الأخرى.

هـ) التنسيق بين الجهات المتعاملة مع الكارثة لتحقيق تراكمية المعلومات المشار إليها أعلاه، حيث يمثل مثلو الأمن موقع الصدارة في هذا التعامل ويليهم أطباء الطوارئ وفرق الإنقاذ. هؤلاء يمكنهم أن يؤمنوا معلومات هامة مساعدة للأطباء النفسيين كي يرسموا استراتيجية تدخلهم للعلاج الجماعي للضحايا.

إننا نذكر، مما تقدم، مدى تواضع طرحنا لمجرد مقابلة عيادية قد تبدو ساذجة بالمقارنة مع المنهجية المشار إليها أعلاه، الأمر الذي اضطرنا للإطالة في عرض الأسباب والظروف التي أدت إلى تقليص طموحاتنا وحصرها في هذا الإطار المتواضع. وهذا ما يقودنا إلى مناقشة إشكالية نقص الإمكانات التي نوجزها بما يلي:

أ - نقص الخبرات البشرية مما يحول دون تشكيل فرق بحث مدربة تدريباً وافياً ومالكة لإمكانات انتقاء العينات ونجميع المعطيات على نطاق واسع.

ب - نقص الإمكانات المادية.

ج - إن انعدام وجود خطط مسبقة للتدخل يطرح أمام الباحثين مشاكل إحصائية متعددة الأوجه، في طليعتها مشكلة تحديد منهجية التحليل الإحصائي بسبب الغفوى والارتباك المرافقين للكارثة. هذا مع الإشارة إلى أن المشاكل الإحصائية تتعقد عندما يتم تدخل الاختصاصيين بعد مضي بعض الوقت على الكارثة. ففي هذه الحالة تكون بعض الأعراض في طريقها نحو التراجع مما يدفع بالعديدين إلى التراجع عن طلب المساعدة والعزوف عن المشاركة بالأبحاث، هذا بالإضافة إلى الطابع الاسترجاعي لمثل هذه الدراسات.

د - عدم وجود الدراسات والملاحظات التي تحدد للباحث عوامل وأسباب امتناع الضحايا العرب عن الاشتراك في الدراسات التي تتناول معاناتهم، وأيضاً عزوفهم عن طلب العلاج والدعم النفسي لمواجهة آثار الكارثة.

و - الخطوات العملية للمقابلة السيكاتورية للمصدمين العرب

إن ما عرضناه في الصفحات السابقة يشكل الأساس النظري للمقابلة التي نقترحها. كما يشكل هذا العرض آفاق الطموح الذي تسعى إليه هذه المقابلة.

بالانتقال من النظري إلى العملي نقول إن الكارثة تكون كارثة بمقدار تهديدها للحياة. من هنا كانت ضرورة تقسيم الكوارث على النحو التالي^(١):

(١) Moussong, E K - Naboulsi, M: «Representation du temps pendant le désastre» - Congrès international de psychiatrie, Athènes 1989.

- ١) الكارثة الناتجة عن تهديد خارجي، سواء كان هذا التهديد اصطناعياً أم طبيعياً.
 - ٢) الكارثة الناتجة عن تهديد من داخل الجسد، سواء كان ناجماً عن مرض أو إصابة حقيقية أم كان ناجماً عن توهم المرض.
 - ٣) الكارثة المعنوية، سواء الفردية منها (اضطراب العلاقة مع الآخر) أو الجماعية (عندما تظل الكارثة الذات الجماعية).
 - ٤) كارثة فقدان التكامل العقلي، حيث يحس الشخص بانخفاض قدراته المعرفية بحيث يتحول إلى الخوف من تهاوي قدراته العقلية (الجنون)، سواء كان هذا الخوف واقعياً أم وهمياً.
- ميزة هذا التقسيم أنه يتيح للفاحص تحديداً أدق لأبعاد الكارثة. فهذا التقسيم، المستمد من تجاربنا العيادية، قد أكد لنا أنه أفضل الوسائل لتحديد أبعاد الكارثة وأصدائها وأيضاً للتفريق بين فئات ومجموعات المتعرضين للكارثة. فقد رأينا من خلال متابعتنا، طويلة الأمد، أن المتعرضين للتهديد بسبب الحرب يمكنهم أن يظهروا بعد فترة من الوقت ردود فعل كارثية من نوع مخاوف المرض أو الجنون أو اضطراب العلاقة (الفردية أو الجماعية) بالآخر، الأمر الذي يفرغنا باقتراح تصنيفات فرعية للمتعرضين لحوادث الحروب. وهذه التصنيفات هي:
- ١) صدمة الحرب البسيطة: حيث تستمر ملامح ردود الفعل الهستيرية بعد فترة من حصول الكارثة.
 - ٢) صدمة الحرب الهجاسية: حيث تتنازع وسواس المرض والخوف من الموت مع بعض المظاهر الهستيرية وذلك بعد فترة لا تزيد عادةً على الثلاثة أشهر بعد التعرض للصدمة.
 - ٣) صدمة الحرب - رهاب الجنون: وتأتي عادةً كوجه من وجوه تعقيد صدمة الحرب الهجاسية وفيها يسيطر الخوف من الجنون، مع الإشارة إلى أن الأصناف الثلاثة، المذكورة أعلاه، للصدمة لا تترافق مع الأبعاد المعنوية للكارثة بسبب انشغال الفرد بذاته. كما نذكر بأن الطابع الهستيري الملازم لهذه الأصناف من شأنه أن يقلل من احتمال الإصابة بالسيكوسوماتية. فبالرغم من الشكاوى المرضية العديدة والمتنوعة هؤلاء فإننا نجد أنها لا تستند إلى أي أساس عضوي، بل هي تبقى في نطاق الاضطرابات الوظيفية.
 - ٤) صدمة الحرب - البسيكوسوماتية: حيث تصادف هذا الصنف لدى الضحايا المستمرة. ذلك أن التعقيدات البسيكوسوماتية غالباً ما تظهر لدى الأشخاص المتكتمين. هذا دون أن نعمل احتمالات ظهور انتكاسات الأمراض البسيكوسوماتية بمناسبة تعرض الشخص للشدة الصدمية.
 - ٥) صدمة الحرب - الكارثة المعنوية: في هذه الحالات نلاحظ تضالاً الأهمية الفردية أمام الأبعاد المعنوية للحدث الكارثي، مما ينفي مخاوف الموت والمظاهر الهستيرية ويشجع التساميات.
- إن هذا التقسيم يستند إلى الطريقة السلبية في الدراسات الوبائية. فهو يعتمد على ثلاثة آلاف ملف من عيادتنا الخاصة، حيث تم جمع المعلومات وفق الظروف التالية:
- أ - الطريقة المتبعة: مقابلة سيكاترية فردية ومفصلة.

ب - العوامل المادية: كان المرضى من يملكون القدرة على متابعة العلاج.
ج - العوامل الجغرافية: توزع المرضى على المناطق اللبنانية كافة وكان بينهم عدد لا بأس به من المقيمين.

د - نوعية الخدمات المقدمة: خدمات عيادية تجمع بين العلاج الداعم والعلاج الدوائي .
ولقد اضطررنا لاستخدام هذه الطريقة بسبب سهولتها وانخفاض تكلفتها. وعلى أساسها سجلنا الملاحظات التي دفعتنا إلى طرح هذا التقسيم الذي يطرح على العيادي ضرورات فهم الميكنيات العصبية المميزة لكل من هذه التعقيدات على حدة. فهذا الفهم ضروري إذا ما نحن أردنا الارتقاء بهذا التقسيم إلى مستوى الجدول العيادي المميز لكل حالة من هذه الحالات. لكننا وقبل أن نعرض لهذه الميكنيات نجد من الضروري أن نعرض للأدوات التي استخدمناها في فحصنا هؤلاء المرضى.

ز - أدوات المقابلة

لقد تمكنا من مقاومة إغراء استخدام المقاييس المؤلفة من مجموعة أسئلة لأننا كنا نتعامل مع الضحايا بصورة عيادية فردية، الأمر الذي أتاح لنا فرصة معاينة هذه الحالات من خلال مقابلات فردية في إطار فحص سيكاتري تقليدي، مما سهّل علينا التعمق في مراقبة الحالات وساعدنا على متابعتها بعد فترة قد تطول أو تقصر. واستناداً إلى التقسيم المطروح أعلاه فإن كل فئة منه كانت تحتاج إلى فحوصات مساعدة، إذ يحتاج ذؤ الشكاوى المستيرية المسجدة Somatisation والمجاسيون إلى فحوصات طبية للتأكد مما إذا كانت اضطراباتهم وظيفية بحثة أم أنها تستند إلى أساس عضوي. أما البسيكوسوماتيين فكنا نقوم بالتنسيق مع أطبائهم العضويين وبهذا ندرك مدى اتساع نطاق التدخل الطبي الاختصاصي في حقن رعاية الضحايا. فهذا التدخل لا يمحتمل الإهمال بسبب التعقيدات المحتملة للشدة الطاغية المرافقة لصددمات الحرب. أما على صعيد الفحص النفسي البحث، فقد كنا نستخدم اختبار رودولف وهو اختبار توحدي - إسقاطي في آن معاً. هذا الاختبار غير مقنن وغير مصنف النتائج ولم نسع من طرفنا إلى تقنيته أو إلى تصنيف نتائجه، إذ كنا نكتفي باستخدامه كموجه للفحص يمكنه أن يساعدنا على تقدير الحالة الانفعالية للمفحوص ومستوى تكامله المعرفي - الإدراكي في معايسته لهذه الحالة وكذلك عناصر الصراع النفسي - الداخلي لديه. إن هذا الاختبار يتألف من ست عشرة صورة ذاتية رسمها الفنان الألماني رودولف لنفسه وهو يظهر إيماءات مختلفة عملاً تقليد الحالات الانفعالية المتفاوتة. فلو راجعنا الإجابات المقدمة لرأينا أنها تندرج في ثلاث خانات: (١) أجوبة وصفية، (٢) أجوبة توحدية، (٣) أجوبة إسقاطية.

إنطلاقاً من هذه الأجوبة كنا نقوم بتوجيه مجرى الفحص بهدف تحري عناصر الصراع النفسي الداخلي لدى المفحوص ومدى علاقة هذه العناصر بالاضطراب الصلبي، الذي يعود في بعض الحالات إلى بضع سنوات خلت. بل إن هذه الطريقة قد أتاحنا لنا تبيين العلاقة بين الصلصلة الحديثة وآثارها وبين صدمات قديمة ومختلفة نوعياً.

من خلال هذا الاختبار كنا نتوصل إلى فهم الحالة واستيعاب أبعادها واستشفاف علاقتها

بالصدمة مما أوصلنا إلى طرح التقسيم المشار إليه أعلاه. لكننا كنا بحاجة لأدوات مساعدة لتكامل الرؤية العيادية للحالة، إذ بقيت لدينا أسئلة بدون أجوبة، وفي مقدمة هذه الأسئلة سؤال عن إنذارية الحالة واحتمالات تطوراتها المستقبلية، كما كنا مهتمين خصوصاً باحتيالات تطورها نحو الإصابات البيكوسوماتية. فاعتمدنا بادئ ذي بدء «اختبار غولفي» لكننا لم نلبث أن استبدلناه باستمارة تحوي العوارض البيكوسوماتية على أن يقوم الفاحص بملئها بناء على حوار مع المفحوص. فإذا ما تبدت لدى المفحوص مؤشرات المرض الجسدي كنا نطلب له الفحوص الطبية والمراقبة الاختصاصية.

أما بقية الأسئلة فقد بقيت أجوبتها غير محددة بالنسبة لنا وذلك لأن غالبية الحالات كانت تعرض علينا بعد مرور مدة على التعرض للصدمة، الأمر الذي حال دون تمكثنا من تحري العلاقة بين ردود الفعل المباشرة وتلك المتأخرة وبالتالي من تقسيم الضحايا إلى مجموعات وفق حدة ردود الفعل. لكن المتابعة طويلة الأمد لمئات من هذه الحالات أتاحت لنا إمكانية اقتراح مجموعة أغطاط للهيكلة الصدمية العصبية (انظر استمارة ردود الفعل النفسية المذكورة في الفصل التاسع).

ح - قيمة المقابلة - تعريف أغطاط الاضطراب

يتفق الباحثون على أن ردود الفعل الهستيرية هي ارتكاسات مشتركة لدى جميع البشر المعرضين للكوارث. بينما يتعمق منكوفسكي Minkowski في شرحها فيصفها بالتخدير الحسي Affective Anesthesia الناجم عن عجز الحواس عن تعقيل الكارثة. ولقد أثبتت دراستنا لضحايا الكوارث أن عدم التصديق هو ردة الفعل الأولى لإزاء الصدمة، وهو يتجلى بمحاولة هستيرية للتهرب من الواقع الصادم الذي تولده الصدمة.

هنا تلعب الهستيرية دوراً دفاعياً من الدرجة الأولى. فالتخدير الحسي وعدم التصديق وغيرها هي مواقف من شأنها أن تحد من أبعاد المعاشة المأساوية للكارثة. أما كيف تتطور هذه الارتكاسات الهستيرية فإن الباحثين يختلفون كل الاختلاف بهذا الشأن، وهذا الاختلاف هو دافعنا إلى تبني النظرة الظاهرية وبالتالي الاستناد على الملاحظات العيادية التي تدل على تطور هذه الارتكاسات في أحد الاتجاهات التالية:

(١) المظاهر الهستيرية المعقدة بما فيها من تجسيدات مثل شبيه الربو الهستيري Pseudo asthma والغصبة الهستيرية Hypoglossus Hystericus وغيرها.

(٢) الوسواس المرضية: حيث ندرك جميعاً أننا صائرون إلى الموت ولكن ليس الآن. إذ إن صعوبة تحيّل موتنا الشخصي تدفعنا إلى اعتياد مبدأ «الموت المؤجل». ثم تأتي الكارثة بصدمة مفادها أن موتنا الشخصي ليس مؤجلاً بالضرورة بل إنه ممكن الجلوث في أية لحظة. على هذا الأساس تنبني هيكلة عصاب الوسواس المرضية وتعقيداته المستقبلية.

(٣) رهاب الجنون Lysophobia: إن العجز عن مقاومة الخوف الطافي من الموت، مع الإدراك الكامل لعدم وجود الأسباب المنطقية الداعمة لهذا الخوف، يدفعان بالشخص إلى الإحساس باحتيال تهاوي قدراته العقلية، بحيث يتحول خوفه من الموت إلى خوف من الجنون.

(٤) الأمراض البيكوسوماتية: من الملاحظات العيادية المؤكدة في الأدبيات الطبية والتي أكدت

تجربتنا ملاحظة تتعلق بحالة التكتّم Alexythymie. هذا التكتّم الذي يشكل عنصراً أساسياً في الجدول العيادي للحالات السيكوسوماتية الناجمة عن الصدمة^(١). من هنا فإن تقويض الحزن غير المستفاد هو خطوة رئيسية في علاج هذه الحالات، والتكتّم هو حالة تقيّد القدرة على التمييز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية - الوجدانية. وتنخفض لدى التكتّم القدرة على التخيل وعلى الحلم (لا يرى أحلاماً). إذ تنمو قابليته للتفكير بطريقة عملياتية وغير رمزية، مما يؤدي إلى انخفاض صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في توازن جهازه النفسي. وهو يعجز عن التمييز بين حالاته الانفعالية وبين أحاسيسه الجسدية، بحيث نجد لديه مقاومة كبيرة تمنعه من تقبل فكرة احتمال وجود علاقة بين انفعالاته وبين أحاسيسه الجسدية.

ونعتقد أن استيعاب الفاحص لهذه الهيكليات من شأنه أن يساعده على استيعاب سيرورات تطور الحالة، كما تساعده على التنبؤ بإنذارية الحالة. كذلك نأمل أن تتكامل رؤيتنا لهذه الهيكليات مع رؤى الزملاء العرب المتعاملين مع ضحايا الكوارث على أمل إرساء جدول عيادية خاصة بهذه الحالات.

ط - سير المقابلة

من المهم الإشارة إلى أن المصدومين العرب يتجنبون طلب العلاج النفسي الداعم لهم في مواجهة الكارثة. فإذا ما تبدّت لديهم أعراض جسدية أو نفسية فإنهم يفضلون طلب العلاج من العيادات والمستشفيات المعروفة من قبلهم، إذ يصرون على تجنب طلبه في المركز الذي قد انشأ خصيصاً لهذه الغاية. هذا ويسجل ماكفرلان^(٢) الملاحظة ذاتها بالنسبة للمصدومين الأجانب. لذا فإن تعرف الفاحص على ظروف طلب المساعدة يكون ضرورياً كي يحدد خطوات سير المقابلة. من هذه الظروف نذكر:

(١) ردة فعل نفسية عنيفة ومباشرة عقب الصدمة - قد تصل إلى حد الذهان العابر - وهي الحالة الوحيدة تقريباً التي تصل إلى العيادة السيكاترية في وقت مبكر وقد تتأخر في حالات مثل الانهيار الرجعي.

(٢) ردود فعل نفسية - فيزيولوجية: تترافق غالباً مع الوسواس المرضية وتظهر بعد مرور بضعة أشهر على التعرض للصدمة. بعدها يفضل المريض اللجوء إلى الأطباء العضوين لعلاج هذه المظاهر، بحيث يصل إلى العيادة السيكاترية متأخراً بضع سنوات.

(٣) ردود الفعل السيكوسوماتية: غالباً ما يتأخر ظهورها لبضع سنوات ثم تفجر على شكل أمراض أو اضطرابات تتطلب التدخل الطبي - العضوي، مما يؤدي عادة إلى استبعاد الطبيب النفسي وغالباً ما يتم تجاهل احتمالات العلاقة بين الصدمة وبين هذه الأمراض.

(٤) ردود الفعل التراكمية: قد يؤدي تكرار تعرض الشخص للأوضاع الصدمية إلى اضطرابات

(١) Robert Z. Fisch: «Alexithymia, Masked Depression and Loss in a Holocaust Survivor». *British Journal of Psychiatry* (1989), 154, pp. 708 - 710.

(٢) McFarlane, A.C. (1984). «The Ash Wednesday Bushfires in South Australia: Implications for Planning for Future Postdisaster Services». *Medical Journal of Australia*, 141, PP. 286 - 353.

تعقب الصدمة الأخيرة، الأمر الذي يربك الفاحص ويطرح أمامه إشكالية التفريق بين الأعراض المبكرة وبين تلك المزمنة.

إن اطلاع المعالج على هذه النقاط الأربع هو الذي يحدد سير المقابلة، فمن خلالها نستتج ضرورة التدخل السيكاتري. فالمصدم يصل إلى العيادة بعد مروره بسلسلة من التجارب العلاجية وبعد خروجه من العيادات الاختصاصية بدون تصنيف، مما يترك لنا سبيلاً وحيداً لكسب ثقته وهذا السبيل هو التحكم السريع بالمظاهر التي يشكو منها. هذا التحكم لا يمكنه أن يتم إلا عن طريق العلاج الدوائي وربما إخضاعه لدورات التنويم. فإذا ما توصلنا إلى التحكم بهذه المظاهر فإننا بذلك نكون قد كسبنا ثقة المريض، وأعدنا له ثقته بجسده وبإمكانية شفائه، مما يتيح لنا اتصالاً أفضل وبالتالي فحصاً نفسياً أعمق يؤدي إلى رسم خطة علاج نفسي داعم للعلاج الدوائي.

على الفاحص في هذه الحالات أن يقنع المفحوص بأن حالته تنتمي إلى مجموعة مألوفة من الأعراض، وبالتالي فإنه ليس وحيداً في معاناته التي لا تملك من الفريدة سوى أنها لم تبدأ علاجها بعد. على أن تجري هذه المقابلة في العيادة فإذا ما أحس الفاحص أن المريض قد فقد ثقته بالطب والأطباء فإن عليه أن يركز على الفحص الجسدي وأن يقوم به بدقة معطياً إياءة وقتاً أطول، مع مراجعة جميع الفحوصات الطبية التي يخبرها معه المريض عادة. مع التنويه هنا بأن الفحص في المراكز المخصصة للضحايا يختلف عن الفحص في العيادة التي تعتبر أرضاً محايدة بالنسبة للمفحوص وتجنبه الاستجابة بطريقة الانفعال أو بمحاولة طلب مساعدات غير علاجية. على أن تجري المقابلة بالانفراد مع المريض وأن تؤكد له سريتها، وإن كان من الممكن أن تسبق هذه المقابلة مقابلة مع أحد المحيطين بالمريض.

ق - حثيات المقابلة

تهدف هذه المقابلة إلى التوصل إلى نقاط محددة هي التالية:

(١) استبعاد التطورات الدرامية للحالة وتأمين سبل الوقاية منها (مع الاستعانة بالزملاء العضوين إذا اقتضت الحاجة).

(٢) تحديد الثغرات المعرفية التي تعمق المريض عن تعقيل حالته، أي الموانع التي تدفعه إلى رفض فكرة وجود علاقة بين حالته الانفعالية وتلك الجسدية. من هذه الثغرات ما ذكرناه سابقاً حول: (١) التكتم، (٢) المظاهر الهستيرية، (٣) الوسواس المرضية.

هنا تجب الإشارة إلى الالتزام بعدم المبالغة في قيمة هذه العلاقة إلا إذا كان الفاحص متأكداً من انتهاء شكاوى المريض إلى أحد أنماط الاضطراب الصدمي المعروفة عيادياً.

(٣) تحديد الظواهر المتكررة. فعندما تتكرر الظواهر لا يعود من الممكن أن نردها إلى الصدفة، بل علينا أن نجتمع المعلومات حولها باحثين عن أسباب تكرارها وظروف هذا التكرار، الأمر الذي يمكنه أن يساعدنا في تعريف أدق لأنماط الاضطراب، كما يساعدنا على إغناء الخطة العلاجية لهذه الأنماط.

(٤) تحديد الشكاوى الدافعة إلى طلب المقابلة وذلك على الأصعدة الثلاثة:

- أ - النفسي : ردود فعل انهيارية أو قلقية أو هستيرية أو وسواسية أو غيرها.
ب - الجنسي : اضطرابات القذف والانتصاب، البرودة الجنسية أو المهبلية^(١).
ج - الجسدي : اضطرابات وظيفية أو اضطرابات عضوية.

مع العمل على تبيان مدى تداخل هذه المظاهر وانتائها إلى أكثر من صعيد، فهذا التبيان هو الذي سيفقد خطة العلاج الدوائي.

٥) تحريّ مدى قابلية المفحوص للخضوع إلى الفحوصات النفسية الإكلينيكية، والعمل على تهيئته لذلك في حال عدم القابلية.

الخلاصة

إن هذه المقابلة هي خطوة متواضعة على طريق إرساء منهجية عربية متكاملة التعاطي مع الحالات الكارثية. هذه المنهجية التي تقتضي التعاون بين باحثينا وتبادل الخبرات بينهم وصولاً إلى مناقشة جميع تفاصيل التدخل العلاجي، بدءاً من توزيع الأدوار وتحديد ممروراً بتحديد أطر التدريب على مواجهة الكارثة ومعايشتها وضبط السلوك خلالها وتوجيهه باتجاه الإقلال من أضرار الكارثة، ثم العمل على تنمية أساليب دعم الضحايا وإطلاعهم على أنماط الاضطرابات التي قد تنجم عن الكارثة وأساليب التكيف بعدها. كل ذلك من خلال استراتيجية محددة لسبل الوقاية والفحص والعلاج.

إننا في مركز الدراسات النفسية نوالي جهودنا في هذا السبيل ونعلق أهمية بالغة على دراسة مفهوم الموت في الفكر العربي وانعكاساته على الصعيد الفردي المتبدي من خلال أسلوب معايشة الزمن. من هنا تطبيقنا لاختيار رسم الزمن (الوقت). كما ترجمنا ٣٨ اختياراً مخصصاً للأوضاع الكارثية إضافة إلى العديد من مناهج البحث والحالات العيادية. لكننا نرى من الرعونة أن نقوم بمجموعة محددة من الأفراد بطرح منهجية قومية وتدّعي أنها متكاملة. من هنا دعوتنا إلى قيام الجمعية العربية للدراسات الكارثية ودعوتنا إلى مناقشة هذه المقابلة المقترحة، ونخصوصاً تعريف أنماط الاضطراب الوارد في سياقها.

(١) جاك واينبرغ: عيادة الاضطرابات الجنسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

فهرس

٥	المقدمة
٧	الفصل الأول: قضايا أولية ومداخل أساسية
٦٠	الفصل الثاني: الشخصية العربية وتجلياتها الأدبية
	دينامية العلاقة بين الأدب والعلوم النفسية
٦٧	الفصل الثالث: الاختبار النفسي العربي
	الاختبارات وتطبيقها في العالم العربي
٧٧	الفصل الرابع: أزمات المصطلح النفسي العربي وإشكالياته
٨٥	الفصل الخامس: معاداة العلاج النفسي على الطريقة العربية
٩٧	الفصل السادس: واقع الطب النفسي في العالم العربي
١٠٩	الفصل السابع: نحو تصنيف عربي للاضطرابات النفسية
١١٦	الفصل الثامن: أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي
١٢٨	الفصل التاسع: عُصاب الكارثة في العيادة العربية
١٥١	الفصل العاشر: مقابلة مقترحة لفحص المصدومين العرب

□ في الخمسينات من هذا القرن، دخلت «السيكولوجيا»، كعلم، عالماً العربي لأول مرة، بفضل طموح وجهود نفر من الرواد الأوائل. ومنذ ذلك الحين، توالى الدعوات إلى إقامة «سيكولوجيا عربية». إلا أن غالبية تلك الدعوات انطلقت من دراسة وتحليل الشخصية العربية، بدلاً من تركيز البحث على المقومات الأولية لهذا العلم ومداخله الأساسية، كالاختبار النفسي، والمصطلح النفسي، والطب النفسي، ومنهجية تدريس العلوم النفسية في معاهدنا وجامعاتنا. فكان أن اتسمت تلك الدعوات بعمومية ذات طابع فلسفي، وبدت وكأنها نوع من الاحتجاج «البارانويائي» القائم على التكوّن إلى التراثيات والسلفيات أكثر منها دعوات إلى سيكولوجيا عربية، موضوعية وعلمية... ناهيك عن الكثير من المثالب والثغرات التي اعتورت تلك العملية، لعل أبرزها العزوف المتعمّد عن المشاركة في الندوات والتجارب عبر الحضارة، وتطلّع جهات غير متخصصة أو جهات فردية ذات خبرة متقوصة لإقامة المدرسة العربية المنشودة في ميدان علم النفس.

□ الدكتور محمد أحمد النابلسي، الأستاذ في الطب النفسي ورئيس مركز الدراسات النفسية في لبنان، كانت له آراء وانتقادات ومداخلات فيها خصّ واقع علم النفس الراهن في وطننا العربي، قدّمها في العديد من المؤتمرات العربية والدولية، ونشرها في دوريات علمية وفكرية معروفة، عربية وأجنبية. وقد ارتأى الآن تصنيفها في كتاب، صياغة لها في قالب فكري علمي محدّد المعالم، وحفزاً منه للمهتمين والمهتمين بالموضوع لتوسيع حلقة النقاش حتى تشمل وجهات النظر المختلفة، بعيداً عن الجمود العقلي أو التمرد الترجسي.